

NEUROTRANSMITTER

Neurologie und Psychiatrie – Berufspolitik und Fortbildung



BVDN



BDN



BVDP

Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte, des Berufsverbandes Deutscher Neurologen und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater



Was zeigt dieses Bild? Seite 68

BVDP-Ausgabe
zum
DGPPN-Kongress
2019

Der BVDP wird 20 Jahre alt 8

Herausforderung Nachwuchssuche

Personalbemessung 10

G-BA wirft Versorgung um Jahre zurück

ADHS bei Erwachsenen 34

Immer noch zu oft übersehen

Haut und Psyche 52

Psychopharmakotherapie bei dermatologischen Erkrankungen



Hier steht eine Anzeige.





»Was eine leitliniengerechte stationäre Behandlung ermöglichen sollte, ist schließlich eine Richtlinie zu Personaluntergrenzen geworden.«

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Vorsitzende des BVDP

Die „drei verdächtigen A´s“ und ein veritabler Gesundheits-Politkrimi

In dieser BVDP-Ausgabe des NeuroTransmitter zum DGPPN-Kongress 2019 stehen erneut Psychiatrie und Psychotherapie im Mittelpunkt. In der Fortbildung sind drei Übersichtsartikeln den „drei verdächtigen A´s“ gewidmet: der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS, S. 34f.), den Autismus-spektrumstörungen (ASS, fokussiert auf den hochfunktionalen Autismus, S. 38f.) und der Autoimmunthyreoiditis (S. 45f.), die in der Praxis häufig ist, an die aber oft nicht gedacht wird. Für alle drei Krankheitsbilder muss im klinischen Alltag von einer hohen Nichterkennungsrate ausgegangen werden. Wenn wir also bei einem Patienten einen etwas rätselhaft oder ungewöhnlich wirkenden Verlauf bemerken, oder wenn die Vorgeschichte einen bunten Strauß Vordiagnosen beinhaltet, sollten wir stets auch die „drei verdächtigen A´s“ in Betracht ziehen!

Schlüssiges Krankheitsmodell entlastet Betroffene

Das Erkennen des jeweiligen darunterliegenden Grundmusters ist ein „game-changer“ für die behandelnden Psychiater, aber zentralerweise natürlich auch für die betroffenen Menschen. Diese sind oft sehr entlastet, wenn sie ein schlüssiges Krankheitsmodell für ihre belastenden Erlebnis- und Handlungsweisen erhalten. Die beiden ersten Krankheitsbilder, ADHS und ASS, sind strukturelle Störungen, das heißt lebenslang bestehende Charakteristika eines Menschen im Sinne eines „Stärke-Schwäche-Clusters“. Diese Strukturen sind zwar teilweise behandelbar, aber im Grunde nicht veränderbar, wie andere strukturelle Eigenschaften eines Menschen wie Körpergröße oder Augenfarbe. Es ist wichtig, diese beiden Strukturdiagnosen zunächst als dem betroffenen Menschen zugehörige Merkmale zu begreifen, die dessen Sicht der Welt, seine Interaktionen, seine Selbstregulationsmöglichkeiten definieren. Die daraus folgenden Probleme, wie Depressionen, Angststörungen, Störungen der sozialen Interaktion, Neigung zu Substanzmissbrauch etc., als alleinige Diagnose zu sehen und zu behandeln, greift regelmäßig zu kurz und ist meist zum Scheitern verurteilt.

Angst und Depression mit somatischer Ursache

Auch bei der Autoimmunthyreoiditis sind die Feststellung der Diagnose und die Aufklärung darüber, dass die Depressions- oder Angstsymptomatik eine somatische Ursache hat, oft sehr

entlastend. Eine im letzten Jahr in JAMA Psychiatry [Siegmann EM et al. JAMA Psychiatry 201;75(6):577–84] veröffentlichte Metaanalyse hat ergeben, dass bei Vorliegen der Autoimmunthyreoiditis (Hashimoto) depressive Störungen dreimal und Angststörungen doppelt so häufig auftreten wie in der Allgemeinbevölkerung. Auch hier gilt: daran denken und lieber einmal zu oft Schilddrüsenantikörper bestimmen. Die durch die Autoimmunthyreoiditis (somatisch) bedingte psychische Symptomatik ist oftmals mit der reinen Richtlinienpsychotherapie allein nicht erfolgreich zu behandeln, auch das ist ein wichtiger Punkt in der Aufklärung der betroffenen Menschen.

Personaluntergrenzen als Bestrafungsinstrument

Die Personalrichtlinie für Psychiatrische und Psychosomatische Kliniken treibt derzeit die Kollegen in der Klinik um, aber auch die Vertragsärzte werden künftig wesentlich davon betroffen sein, wenn sie Patienten in stationäre Behandlung überweisen oder aus der Klinik in ambulante Behandlung übernehmen. Was vor fünf Jahren mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) und der strukturellen Festschreibung einer Personalausstattung gestartet war, um eine leitliniengerechte stationäre Behandlung zu ermöglichen, ist schließlich eine Richtlinie zu Personaluntergrenzen, die keinerlei Finanzierung eines leitliniengerechten Personalschlüssels garantiert, sondern ein ausschließliches Bestrafungsinstrument darstellt, falls bestimmte Grenzen der Personaldichte unterschritten werden. Es ist nun politischer Druck nötig, um das Bundesgesundheitsministerium zur Beanstandung der Richtlinie zu bewegen. Mehr zu diesem veritablen Gesundheits-Politkrimi lesen Sie ab Seite 10.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre sowie einen anregenden und von gutem persönlichen Austausch geprägten DGPPN-Kongress!

Ihre



10 Personalmessung im Krankenhaus

Die unlängst vom G-BA beschlossene Richtlinie für die Personalmessung in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie droht die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen um Jahre zurückzuwerfen. Mit den künftig zur Verfügung stehenden Ressourcen wird eine leitliniengerechte Behandlung der Patienten jedenfalls nicht möglich sein. Stattdessen soll die Zitrone offenbar immer weiter ausgequetscht werden.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Gunter Freese
Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435
E-Mail: gunter.freese@springer.com

Schriftleitung:

Dr. med. Gunther Carl
Telefon: 09321 5355, Fax: 09321 8930
E-Mail: carlg@t-online.de

Aboservice:

Bei Fragen rund um Abonnement und Postbezug
Telefon: 06221 345-4304; Fax: 06221 345-4229
E-Mail: leserservice@springer.com

3 Editorial

Die „drei verdächtigen A's“ und ein veritabler Gesundheits-Politkrimi

Christa Roth-Sackenheim

Die Verbände informieren

6 Gesundheitspolitische Nachrichten

- GKV-Spitzenverband kritisiert das Digitale-Versorgung-Gesetz
- Härtefallfond bei Behandlungsfehlern gefordert: AOK will Patientenrechte weiter stärken
- Positionspapier der KVen zur Fernbehandlung: „Eingriff in das Arzt-Patienten-Verhältnis“
- Erste Honorarkürzungen bei „TI-Rebellen“

Gunther Carl

8 Der BVDP wird 20 Jahre – Rückblick, Ausblick, Durchblick

Jubiläum im Mai 2020

Christa Roth-Sackenheim

10 Personalmessung im Krankenhaus – eine vertane Chance

G-BA wirft die Versorgung um viele Jahre zurück

Arno Deister

14 Personalmindestvorgabe: Deutliche Verschlechterung der Situation zu befürchten

Interview mit den DGPPN-Präsidenten Prof. Dr. Andreas Heinz, Prof. Dr. Thomas Pollmächer, Prof. Dr. Arno Deister und Vorstandsmitglied Dr. Iris Hauth

18 Intensive Fortbildung, viele Fragen zum TSVG und ein Abschied auf dem 92. Bayerischen Nervenärztetag in Bayreuth

Oliver Biniash, Gunther Carl, Heino Sartor

22 DMP Depression – Fachärzte nur für schwere Fälle vorgesehen

Neues aus dem G-BA

Markus Weih

Rund um den Beruf

24 Das Off-Label-Dilemma: Zwischen Evidenz und Regress Studien immer verlässlicher, Evidenz bleibt auf der Strecke

Wolfgang Freund

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

28 Erwachsene mit ASS – eine vergessene Minderheit?
Autismus-Spektrum-Störung im internationalen Vergleich

Dorothea Heiser

33 Kongressbesuche und Co.: Fortbildungskosten steuerlich richtig absetzen

Aus der Serie „Praxisprobleme: Sie fragen – wir antworten!“

Gunther Carl

Fortbildung

34 ADHS bei Erwachsenen häufig übersehen
Die unbekannteren Krankheiten der Psychiatrie

Günther Endrass

38 Hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen
ASS häufig kombiniert mit Persönlichkeitsstörungen

Ludger Tebartz van Elst

45 Autoimmunthyreoiditis, Ängste und Depression hängen zusammen

Studie räumt letzte Zweifel aus

Christa Roth-Sackenheim, Katharina Domschke, Teja Grömer

48 Antidepressiva: Sexuelle Funktionsstörungen und Absetzsymptome

Psychiatrische Kasuistik

Francesca Regen

52 CME Psychopharmakotherapie bei dermatologischen Erkrankungen

Hauterkrankung und Psyche

Thomas Messer, Larissa Haag, Georg Juckel, Paraskevi Mavrogiorgo

60 CME Fragebogen

Journal

64 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR
Obsessionen eines englischen Landarztes
Julian Barnes' Roman „Flauberts Papagei“

Gerhard Köpf

68 NEUROTRANSMITTER-GALERIE
Das „Kosmos Kaffee“ im Deutschen Museum
Wissensvermittlung als Kunstform

Angelika Otto, München

27 Kleinanzeigen

62 Pharmaforum

70 Termine

71 Verbandsservice

75 Impressum/Vorschau



52 Hauterkrankungen und Psyche

Viele dermatologische Erkrankungen treten komorbid mit psychischen Störungen wie Depression oder Angst-erkrankung auf. Es gibt aber auch eine Reihe primär psychischer Erkrankungen, die einen dermatologischen Symptombefund aufweisen. Zudem kann die Pharmakotherapie von Hauterkrankungen psychische Symptome auslösen und bei der Psychopharmakotherapie psychischer Erkrankungen werden häufig dermatologische Nebenwirkungen gesehen. Die Psychopharmakotherapie dermatologischer Patienten erfordert daher eine sehr gute Kenntnis möglicher pharmakokinetischer und pharmakodynamischer Wechselwirkungen.



Titelbild (Ausschnitt): Petrischalen der Sonderausstellung „Kosmos Kaffee“. Lesen Sie mehr in der „Galerie“ ab Seite 68.

Die Verbände informieren

DIGITALE SCHEININNOVATIONEN BEFÜRCHTET

GKV-Spitzenverband kritisiert das Digitale-Versorgung-Gesetz

➔ Anlässlich einer Podiumsdiskussion des GKV-Spitzenverbandes Ende Oktober 2019 in Berlin wurden die Positionen deutlich: Der GKV-Spitzenverband, also das Beschlussgremium der gesetzlichen Krankenkassen, wünscht sich zwar eine bessere Krankenversorgung durch Digitalisierung und Innovation. Gleichzeitig befürchtet er, digitale „Scheininnovationen“ finanzieren zu müssen. Die Bewertung digitaler Produkte sei unklar. Außerdem müsse die GKV ein Jahr lang die von den EDV-Firmen verlangten Herstellerpreise bezahlen. Dabei seien die Entwicklungszyklen digitaler Software-Produkte sehr kurz, sodass sich immer neue Einjahreszeiträume aneinanderreihen wür-

den. So entstehe praktisch eine Wirtschaftsförderung der digitalen Gesundheitsindustrie auf Kosten der GKV. Die Linke befürchtete in der Podiumsdiskussion einen schlecht gesteuerten Zielsuchprozess durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG). Maria Klein-Schmeinck, MdB der Grünen, kritisierte, dass der Umgang mit den häufigen und gebräuchlichsten Gesundheits-Apps, also Medizinprodukte niedriger Risikoklasse, nicht geregelt sei. CDU-MdB Tino Sorge möchte erstmals digitale Anwendungen in die GKV-Regelversorgung einführen. Im Rahmen einer „chancengetriebenen Diskussion“ müsse man nun im DVG erste Leitplanken einziehen.

Kommentar: Hier hat der GKV-Spitzenverband recht. Nur weil sich die Bundesregierung auf dem Digitalisierungstrip befindet, soll sich die GKV an einer gigantischen Subvention der eHealth-Industrie beteiligen. Ohne dass dabei ausreichend geregelt wird, wie der Nutzen von Gesundheits-Apps zu bestimmen ist und wie hoch im Verhältnis zum Nutzen-Schadens-Potenzial die Kosten hierfür sein dürfen. Qualitätsgesicherte vertragsärztliche Medizin wird zum Discount-Konsumprodukt degradiert. Qualität und Behandlungssicherheit für die Patienten sinken. Die Politiker brüsten sich mit digitaler Wirtschaftsförderung. Alle verdienen daran – zulasten der Behandler, die zu kostenlosem Mehraufwand gezwungen werden.

HÄRTEFALLFONDS FÜR GESCHÄDIGTE BEI BEHANDLUNGSFEHLERN GEFORDERT

AOK will Patientenrechte weiter stärken

➔ Die AOK möchte das Patientenrechtegesetz von 2013 ausbauen. Verfahren bei Behandlungs- und Pflegefehlern müssten verkürzt und die Beweismöglichkeit für Patienten erleichtert werden, eine Pflichtversicherung für Behandler und Härtefallfonds für Geschädigte eingeführt werden. Pro Jahr würden sich bei der AOK etwa 16.000 Versicherte wegen vermuteter Behandlungsfehler melden. Der AOK-Bundesverband hat hierzu folgende Eckpunkte formuliert:

- Eine Haftpflichtversicherung für Ärzte, Therapeuten und Hersteller von Medizinprodukten soll bundesweit Pflicht werden. Dann könnten Patienten bundesweit Schadensersatz durchsetzen.
- Auch bei Schäden durch Medikamente sollen Patienten Schadensersatz durchsetzen können. Dazu müsse das Arzneimittelgesetz geändert werden.
- Fehlerhafte Medizinprodukte dürften nicht zerstört, sondern müssten zu Beweis Zwecken archiviert werden, damit Patienten Mängel nachweisen können.

- Behandler und Therapeuten sollen obligatorisch die Patienten von sich aus über Behandlungs- oder Pflegefehler – auch über vermutete – informieren. Dies soll auch für den Fall gelten, dass der Patient nicht von selbst nachfragt.
- Die Beweiskraft für Schädigungsvorwürfe soll erleichtert werden. Es soll genügen, statt einer „weit überwiegenden“ eine „überwiegende“ Wahrscheinlichkeit (> 50 %) nachzuweisen.
- Eine Mediation soll obligat durchgeführt werden, um Rechtsstreite früher zu beenden. Gutachten, die bereits vor dem Beginn eines Rechtsstreit erstellt wurden, respektive deren sachverständige Verfasser sollen künftig stärker berücksichtigt werden.
- Verstoßen Behandler gegen gesetzliche Vorgaben, soll dies in Zukunft stärker rechtlich sanktioniert werden.
- Über den konkreten Nutzen individueller Gesundheitsleistungen muss der Arzt künftig verpflichtend informieren.

Kommentar: Ein Härtefallfonds für Geschädigte ist zweifellos zu begrüßen. In Anbetracht der heutigen Entschädigungssummen gilt dies ebenso für eine Rückversicherung für einen im Einzelfall nicht ausreichenden Haftpflichtversicherungsschutz. Ferner müssten die Mindestanforderungen für ärztliche Haftpflichtversicherungen gesetzlich geregelt werden. Außerordentlich wichtig scheint mir die Stärkung der Mediationsmöglichkeiten zu sein, um langwierige, für beide Seiten belastende, end- und ergebnislose Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden. Hier bieten einige Landesärztekammern (beispielsweise die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer) außerordentlich hilfreiche Unterstützung mit eigenen kompetenten Sachverständigen an. Nicht umsonst gibt es heutzutage praktisch keinen Gynäkologen mehr, der belegärztliche oder ambulante Geburten durchführt. Die Haftpflichtprämien sind einfach zu hoch. Bei den Versicherungen für Hebammen sprang der Staat in die Bresche.

POSITIONSPAPIER DER KVEN ZUR FERNBEHANDLUNG

„Eingriff in das Arzt-Patienten-Verhältnis“

➔ Bereits im Sommer 2019 hatten sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Länder-KVen auf eine gemeinsame Position zu den Auswirkungen neuer Möglichkeiten der Fernbehandlung in der medizinischen Versorgung geeinigt. Denn der 121. Deutsche Ärztetag beschloss im Mai 2018 eine Lockerung des ausschließlichen Fernbehandlungsverbotes. Die Landesärztekammern ändern demzufolge nun schrittweise ihre Berufsordnungen. Aufgrund der föderalen Struktur der Landesärztekammern führt dies zu teils deutlich unterschiedlichen Regelungen. Viele Hersteller von digitalen Gesundheits-Apps bieten seither ihre Technologien mit teils bizarren Inhalten an. Die neuen online-basierten Dienstleistungen richten sich meistens direkt an die Patienten – ohne Umweg über die Praxen der niedergelassenen Kollegen. KBV und Länder-KVen wenden sich in ihrem Positionspapier gegen einen Eingriff in das

vertrauensvolle Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Die Fernbehandlung müsse noch einmal kritisch diskutiert werden, klare Einschränkungen und Begrenzungen müssten definiert werden. Digitale Unternehmen und Start-ups dürften nicht mit ausschließlich ökonomischen Konzerninteressen das besondere Arzt-Patienten-Verhältnis unterminieren. Die KVen stellen fest, dass auch die Fernbehandlung elementarer Teil des qualitätsgesicherten medizinischen Sicherstellungsauftrages ist. Sie möchten in Zukunft den Vertragsärzten und deren Patienten selbstentwickelte funktionierende digitale Angebote unterbreiten.

Kommentar: Angesichts der Unsicherheiten bei der online-digitalen Gesundheitskommunikation bereits im Bereich des Datenschutzes forderte der 78. Bayerische Ärztetag Mitte Oktober 2019 die Bundesärztekammer auf, hierzu Sicherheitsanforderungen zu definie-



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

ren. Es ist jedenfalls datenschutzrechtlich inakzeptabel, dass Ärzte Gesundheitskommunikation mit ihren Patienten über Whatsapp oder Instagram führen, auch wenn es lediglich Laborbefunde sind. Jeder weiß, dass die Daten und Rechte an den Inhalten bei amerikanischen Megakonzerne und auf deren Servern landen. Wie wäre es in diesem Zusammenhang – in Anlehnung an den „Bundestrojaner“ – mit einer Kassenärztlichen Bundes-Kommunikations-App?

TELEMATIKINFRASTRUKTUR

Erste Honorarkürzungen bei „TI-Rebellen“

➔ Als eine der ersten KVen hat die KV Niedersachsen im Quartal I/2019 etwa 1.250 (ca. 12%) der Praxen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben mit 1% des Honorars regressiert. Im Quartal II/2019 waren es ungefähr 1.000 (ca. 10%) der Praxen. Die Kollegen hatten den Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI) verweigert. Die Honorarkürzungen betragen im Quartal I/2019 insgesamt etwa 730.000€ (Quartal II: 480.000€), pro Praxis im Schnitt circa 590€ (Quartal II: 480€). Ab dem 1. April 2020 beträgt der Kürzungsprozentsatz dann jedoch bereits 2,5% und ist damit mehr als doppelt so hoch. Die Rechtsgrundlage lässt sich nachlesen im § 291 Abs. 2b SGB V: „Den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärz-

ten, Einrichtungen und Zahnärzten, die die Prüfung nach Satz 3 ab dem 1. Januar 2019 nicht durchführen, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1% so lange zu kürzen, bis sie die Prüfung nach Satz 3 durchführen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Frist nach Satz 14 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates verlängern. Von der Kürzung nach Satz 14 ist bis zum 30. Juni 2019 abzusehen, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt oder Zahnarzt oder die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Einrichtung gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachweist, bereits vor dem 1. April 2019 die Anschaffung der für die Prüfung nach Satz 3 erforderlichen

Ausstattung vertraglich vereinbart zu haben“.

Kommentar: Die TI zeichnet sich in den Praxen der Vertragsärzte bisher durch Nutzlosigkeit, Fehleranfälligkeit und wegen handwerklicher Installationsfehler der EDV-Firmen durch Sicherheitsmängel der Praxis-EDV aus. In vielen Praxen deckt der Kostenersatz durch die KV nicht die tatsächlichen Aufwendungen. Daher ist der 1%ige Honorarabzug zwar nach der Gesetzeslage möglich, aber nicht gerechtfertigt. Etliche Rechtsstreitigkeiten in dieser Hinsicht stehen noch aus, haben aber keine aufschiebende Wirkung. Irgendwann wird auch zu beurteilen sein, ob die Höhe der Strafzahlung dem gesetzlich geforderten Zweck (Anschluss an die TI) angemessen ist.



Kommendes Jubiläum

Der BVDP wird 20 Jahre – Rückblick, Ausblick, Durchblick

Im nächsten Frühling wird der Berufsverband Deutscher Psychiater 20 Jahre alt. Die Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim erinnert in diesem Beitrag an die Anfänge und gibt einen Ausblick auf zukünftige Herausforderungen wie strukturelle Anpassungen und die Nachwuchssuche.

Im Mai 2020 wird unser Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP) 20 Jahre alt werden, und bereits jetzt schauen wir schon freudig auf diesen in einem halben Jahr kommenden Geburtstag. Der Schwester-Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) hat dieses Jahr im September sein 20. Jubiläum in Potsdam gefeiert. Es sei an dieser Stelle nochmals herzlichst gratuliert!

Musterweiterbildungsordnung angepasst

Schauen wir in die Verbandsgeschichte: Auf dem 95. Deutschen Ärztetag 1992

in Köln wurde die Musterweiterbildungsordnung dahingehend geändert, dass der Nervenarzt alter Weiterbildungsordnung mit fünf Jahren Weiterbildungszeit für beide Gebiete abgeschafft wurde. Die Gebietsbezeichnungen für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie wurden gleichzeitig auf eine jeweils fünfjährige Weiterbildungszeit inklusive einem Komplementärjahr erweitert. Zuvor waren es vier Jahre inklusive jeweils einem Jahr im komplementären Fach für die Einzelfachärzte. Nun wurde in die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiat-

rie die komplette Weiterbildung zur Erbringung von Richtlinienpsychotherapie integriert.

Es dauerte weitere drei Jahre, bis alle Landesärztekammern diese neue Musterweiterbildungsordnung umgesetzt hatten. Das heißt, die Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie wird ebenfalls im Jahr 2020 bereits 25 Jahre alt!

Die Gründung des BVDP

Der BVDN als Mutterverband hat früh diese Änderung der Musterweiterbildungsordnung berücksichtigt. Zunächst



Die Nachwuchssuche ist eine der dringendsten Aufgaben des BVDP in den kommenden Jahren.



wurden im Bundesverband des BVDN die Strukturen vorgeplant. Dr. Adelheid Barth-Stopik aus Berlin, ehemalige BVDN-Bundesvorsitzende, setzte sich bereits Mitte der 1990er-Jahre für einen psychiatrischen Berufsverband ein. In dieser Zeit wurden als Erstes die Sektionen für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie im BVDN gegründet. Dr. Gunther Carl war dann als Bundesvorsitzender des BVDN 1998 bis 2002 an der Gründung von BDN und BVDP maßgeblich beteiligt.

Der BDN ging seinerzeit neun Monate früher an den Start, und für den BVDP war es schließlich im Mai 2000 in Leipzig soweit: Die Gründungsversammlung fand statt. Damaliger erster Vorsitzender war Dr. Albert Zacher aus Regensburg, zweite Vorsitzende war Dr. Sibylle Schreckling aus Hürth bei Köln. Weitere Gründungsmitglieder waren Dr. Christian Vogel aus München, Dr. Gerd Wermke aus Homburg/Saar, Dr. Adelheid Barth-Stopik und Dr. Roland Urban aus Berlin sowie meine Person.

Schon damals: Weiterentwicklung Gebührenordnung

Ich selbst bin seit Oktober 1995 vertragsärztlich tätig und habe mich seit 1996 zunächst im BVDN Landesverband Rheinland-Pfalz engagiert. Unmittelbar darauf wurde ich auch Mitglied in der Sektion Psychiatrie des Bundesverbandes. Bereits damals galt es, sich erste Konzepte zur Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Ärzte auszudenken, an der wir heute noch sitzen. Ich erinnere mich an viele gute, aber auch hochemotionale Diskussionen über die strategische Ausrichtung eines Einzelverbandes für die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und dessen Verhältnis zum Mutterverband BVDN.

Letztlich haben diese Diskussionen aber in die richtige Richtung geführt: zu einer gemeinsamen Versorgungsverantwortung für Menschen mit neurologischen und psychischen Erkrankungen und den Schulterchluss der drei Verbände über all die Jahre hinweg.

Bereits bei Vereinsgründung war uns bewusst, dass es zirka 20 bis 25 Jahre dauern würde, bis die Änderung der

Musterweiterbildungsordnung die Versorgungsrealität in den Ländern bestimmen würde. Zuerst mussten die entsprechenden Assistenzärzte die neue Weiterbildung durchlaufen und sich dann auch entschließen, in die vertragsärztliche Tätigkeit zu gehen. Noch lange nach 1992 wurde wegen Übergangsregelungen in deutlicher Zahl weiterhin der Facharzt für Nervenheilkunde alter Weiterbildungsordnung erworben.

Aktuelle Aufgabe: Nachwuchssuche

Aber es wird an Ihnen nicht vorbeigegangen sein, dass wir jetzt mitten in diesem antizipierten Umbruchprozess stecken: Sehr häufig wird eine Nervenarztpraxis an einen Nachfolger jeweils eines Einzelfachgebietes für Neurologie oder für Psychiatrie und Psychotherapie abgegeben. Wir haben gerade die neue ab November 2019 zur Umsetzung stehende Bedarfsplanungsrichtlinie in diesem Sinne mitgestalten können, um eine den Bedürfnissen der Versorgung angepasste Lösung zu finden, die gleichzeitig der enormen Umbruchsituation in unseren Fächern Rechnung trägt.

Es werden weitere strukturelle Anpassungen notwendig werden, denen wir uns als Berufsverbände stellen müssen. Der Nachwuchs wird dringend gesucht. Wenn wir mit jungen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie auf Veranstaltungen zur Vorstellung der vertragsärztlichen Tätigkeit sprechen, wissen diese meist nichts mit der Bezeichnung „Nervenarzt“ anzufangen und identifizieren sich auch nicht damit. Sie sehen sich als Psychiater oder auch Neurologen, gegebenenfalls als beides, wenn sie beide Gebiete erworben haben, aber nie als „Nervenärzte“. Wenn wir sie als Mitglieder gewinnen wollen, müssen wir sie in ihrer Identität ansprechen. Die Neuaufstellung des BVDN-Bundesverbandes vor drei Jahren in Gestalt einer Doppelspitze, das ein gutes Modell auch für die Landesverbände sein kann, berücksichtigt bereits diese strukturellen Änderungen.

Das Eingehen strategischer Bündnisse hat uns als BVDP politische Erfolge ermöglicht, die als Einzelkämpfer nicht erstreitbar gewesen wären. Eine solche Erfolgsgeschichte ist die Gründung des

Spitzenverbands ZNS vor sechs Jahren mit den Mitgliedsverbänden

- Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN),
- Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN),
- Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP),
- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP),
- Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM),
- und die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT).

Die Darstellung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit neurologischen und psychischen Erkrankungen in der Konkurrenz mit den anderen somatischen Fachgebieten um die knappen Ressourcen im Gesundheitswesen hätte ohne eine gemeinsame Vertretung nie das entsprechende Gewicht erhalten.

Es liegt eine erfolgreiche Zeit hinter uns, aber der BVDP wird sich weiterhin den Herausforderungen der Zukunft stellen!

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

Vorsitzende des BVDP
 Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie,
 Psychotherapeutische Medizin
 Breite Straße 63
 56626 Andernach

E-Mail: C@Dr-Roth-Sackenheim.de





G-BA wirft die Versorgung um viele Jahre zurück

Personalbemessung im Krankenhaus – eine vertane Chance

Die vor kurzem beschlossene Richtlinie für die Personalbemessung in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie wird die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen deutlich schlechter stellen als zuvor. Die künftig zur Verfügung stehenden Ressourcen erschweren eine leitliniengerechte Behandlung unserer Patienten.

Das noch heute gültige System, nach dem Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter in den Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik festgelegt werden, ist fast 30 Jahre alt. Im Jahr 1991 trat die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) in Kraft. Damals war der grundsätzliche Ansatz dieses Instruments zur Personalbemessung völlig neu. Es war nämlich der individuelle Bedarf der Menschen mit psychischen Erkrankungen, der die personellen Ressourcen von Kliniken bestimmen sollte. Das war in den Zeiten des „Selbstkostendeckungsprinzips“ in den Kran-

kenhäusern fast revolutionär. In der Folge hat dieser Ansatz dazu geführt, dass die personelle Ausstattung der psychiatrischen Einrichtungen zunächst gegenüber den somatischen Einrichtungen massiv aufgeholt hat. Das aber ist heute nicht mehr so.

Personalverordnung hoffnungslos veraltet

So aktuell und modern die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) vor drei Jahrzehnten war – so wenig ist sie heute in der Lage, den Personalbedarf in der modernen psychiatrischen und psycho-

somatischen Versorgung abzubilden. Seit dieser Zeit hat sich die durchschnittliche stationäre Verweildauer in den Krankenhäusern mehr als halbiert. Die Zahl der behandelten Menschen hat in dieser Zeit jedoch ebenso wie die Zahl der Behandlungsfälle massiv zugenommen. Der personelle Aufwand in den Kliniken ist gleichermaßen angestiegen. Auch die „neuen“ Berufsgruppen, die in der PsychPV nicht vorgesehen sein konnten, sind heute aus der psychiatrischen Versorgung nicht mehr wegzudenken. Die PsychPV verfügt aber leider über keinerlei Mechanismus zur Anpas-



Ausgequetscht wie eine Zitrone – der G-BA hat eine Chance vertan. Krankenhäuser müssen immer mehr psychiatrische und neurologische Patienten in immer kürzerer Zeit behandeln.



sung an diese veränderten Rahmenbedingungen. Die Finanzierung des Personals in den Kliniken ist deshalb auf einem jahrzehntealten Niveau eingefroren worden. Mitarbeiter arbeiten seit Jahren am Limit. Darunter leidet in erster Linie die notwendige therapeutische Beziehungsgestaltung zu den Patienten – in besonderer Weise bei denjenigen mit einer schweren psychischen Erkrankung. Die PsychPV ist überholt. Eine zukunfts-fähige und patientengerechte Versorgung in den Krankenhäusern kann so auf die Dauer nicht aufrechterhalten werden.

Ab Januar neues Personalbemessungssystem

Auch die Politik hat dies erkannt. Die PsychPV tritt am 31. Dezember 2019 außer Kraft – ein neues Personalbemessungssystem soll zum 1. Januar 2020 eingeführt werden. Das war eine große Chance, ein wirklich zukunfts-fähiges Instrument zu entwickeln und umzusetzen. Diese Chance ist leider vollständig vertan.

Im PsychVVG aus dem Jahr 2016 wurde bereits festgelegt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in einer Richtlinie „geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung“ festlegen muss. Er müsse dazu „insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festlegen (§ 134a SGB V)“. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollten dabei möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Außerdem solle auch die psychosomatische Versorgung von einer neuen Personalrichtlinie umfasst werden.

Im G-BA wurde seitdem zwischen den Beteiligten in der Selbstverwaltung intensiv diskutiert, verhandelt und gestritten, wie ein solches Personalbemessungsinstrument aussehen soll. Die Richtlinie wurde im September be-

schlossen und liegt jetzt dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vor. Die beschlossene Richtlinie für die Personalbemessung in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie wird die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen jedoch nicht verbessern – sie wird sie um viele Jahre zurückwerfen.

G-BA gefährdet Patientensicherheit

Die jahrelangen Diskussionen im G-BA sind am gesetzlichen Auftrag vorbeigegangen – schlimmer noch: Der G-BA hat den Auftrag konsequent ignoriert. Es ging tatsächlich dabei nie um Qualität oder Leitliniengerechtigkeit. Es ging lediglich um eine „Untergrenze“ für die Personalausstattung, eine Untergrenze, bei deren Unterschreitung die Patientensicherheit gefährdet ist. Eine an qualitativen Aspekten orientierte Mindestpersonalausgabe wurde – entgegen der Intention des Gesetzgebers und dem Wortlaut des Gesetzes – noch nicht einmal erwo-gen. Die Diskussion wurde verkürzt auf die Frage von formalen Untergrenzen der Personalausstattung, auf die Frage der Finanzierung von erbrachten Einzelleistungen und auf ein System von Nachweisen, Kontrollen und Sanktionen. Mit diesem Vorgehen lässt sich die Aufgabe, wie ein zukunfts-fähiges System der Personalbemessung aussehen soll, nicht lösen. Die grundlegende Frage, wie ein zukünftiges System der Personalbemessung ganz grundsätzlich aussehen muss, wurde nie gestellt und konnte somit nicht beantwortet werden.

Dabei geht es doch um so viel mehr. Die Orientierung an den Bedürfnissen und dem Bedarf der erkrankten Menschen – und damit verbunden deren Angehörigen – ist die wesentliche Dimension der Personalbemessung. Insbesondere in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung ist es unverzichtbar, auch die höchst subjektiven Bedürfnisse von betroffenen Menschen zu einem bedeutsamen Maßstab des Ressourceneinsatzes zu machen. Die subjektiven Bedürfnisse können sowohl interindividuell als auch in unterschiedlichen Krankheitsphasen sehr unterschiedlich sein, selbst bei gleichem Krankheits- oder Beschwerdebild. Als individuell entstehen

der Bedarf tritt die durch eine psychische Erkrankung und die damit verbundenen Bedürfnisse ausgelöste Anforderung der Erbringung fachlicher präventiver, diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen hinzu. Bedarf und Bedürfnis stehen somit in enger und nicht auflösender Wechselbeziehung zueinander. Eine Bedarfsplanung ohne eine Berücksichtigung individueller Bedürfnisse ist in gleicher Weise fehlgeleitet, wie es die Forderung nach reiner Bedürfnisorientierung ohne Bezug auf fachlich notwendige Maßnahmen wäre.

Die aktuell bestehende Verteilung der für die psychiatrisch-psychosomatische Versorgung im Krankenhaus zur Verfügung stehenden Ressourcen folgt nicht dem bestehenden Bedarf der betroffenen Patienten und deren engen Bezugspersonen, sondern ist im Wesentlichen eine Fortschreibung historischer Versorgungs- und daraus abgeleiteter Finanzierungsstrukturen, die von den heutigen Vorstellungen und Erwartungen an eine zukunfts-fähige Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erheblich abweichen.

PsychPV ignoriert Leitlinien

Im psychiatrischen Fachgebiet gibt es aktuelle wissenschaftliche Leitlinien des höchsten methodischen Levels (Nationale Versorgungsleitlinien und S3-Leitlinien) zu den wesentlichen Diagnosen. Ebenso gibt es Leitlinien zu wesentlichen grundsätzlichen Fragestellungen, wie etwa zu psychosozialen Maßnahmen bei schweren psychischen Erkrankungen oder zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Leitlinien beschreiben dabei nicht die Qualität von Leistungen – sie beschreiben aktuelle medizinische Standards. Sie sind nicht als Blaupause für eine Personalbemessung geeignet. Dies ist weder ihre Aufgabe noch ihr Ziel. Aber durch alle einschlägigen Leitlinien ziehen sich grundlegende Vorstellungen davon, was unter Qualität in der Psychiatrie zu verstehen ist. Da Qualität immer auch in einer Beziehung zur Quantität von Leistungserbringung steht, nehmen alle diese Aspekte Einfluss auf die erforderlichen Personalressourcen. In den letzten Jahren haben sich in den Leitlinien neue Behandlungsprinzipien



weitgehend durchgesetzt. Ein gravierender Teil dieser Prinzipien findet in der PsychPV keine adäquate Entsprechung. Dies liegt auch daran, dass diverse dieser Kriterien vor 30 Jahren konzeptuell noch nicht verankert waren.

Wesentliche Prinzipien sind beispielsweise die Erhaltung und Wiederherstellung der Fähigkeit zur Selbstbestimmung, die Sicherstellung und Wiederherstellung einer umfassenden Teilhabe am Leben im Sinne von „Recovery“ und „Empowerment“, ein multiprofessioneller Behandlungsansatz, umfassende und auf die spezifische Situation ausgerichtete Psychotherapie bei allen psychischen Störungen, partizipative Entscheidungsfindung, Vermeidung von Stigmatisierung und die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung in einem Netzwerk aller Beteiligten. Die hier genannten Prinzipien lassen sich nur normativ in die Ermittlung und Bemessung von Personalressourcen überführen. Nur über einen normativen Ansatz können Prinzipien verwirklicht werden, die bisher aus Mangel an zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht nur in geringerem Maße, sondern überhaupt nicht umgesetzt werden können. Die aktuell zu geringen Personalressourcen haben dazu geführt, dass der Einsatz des verfügbaren Personals für die – scheinbar – unabdingbaren Leistungen eingesetzt wurde, während – scheinbar – optionale Prinzipien vernachlässigt werden mussten. Leitliniengerechtigkeit ist und konnte daraus auch nicht entstehen.

Ein zukunftsfähiges Personalbemessungssystem muss gerecht in Bezug auf die notwendigerweise zu erbringenden und auch in Bezug auf die konkret erbrachten Leistungen sein. Ohne ein für alle Beteiligte transparentes und nachprüfbares System der Leistungserbringung, das im Extremfall auch Sanktionen bei Nichterfüllung vorsieht – kann eine zukunftsfähige und gerechte Struktur der Personalbemessung nicht erfolgen. Nicht nur aus ökonomischen, sondern insbesondere auch aus fachlichen Erwägungen heraus, dürfen die eingesetzten personellen und finanziellen Ressourcen nicht zu Fehlanreizen führen – etwa mit der Folge einer gezielten Verschiebung der vereinbarten Budgetmittel in andere Bereiche oder gar einer

Vernachlässigung der am schwersten erkrankten Menschen. Dazu wird es fest vereinbarte Regeln für die Leistungserbringung, für Nachweise und Kontrollen und eventuell auch für Sanktionen brauchen.

In den psychiatrischen Fachgebieten ist Leistung ein komplexes Konstrukt. Leistungsgerechtigkeit kann nicht nur in Regeln für die Verteilung knapper personeller und finanzieller Ressourcen sowie Sanktionen bei Nichteinhaltung der Regeln bestehen. In die Frage der Leistung müssen gleichberechtigt auch die Haltungen und Einstellungen zu Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Hilfebedarf mit eingehen. In die Frage der Leistungserbringung müssen ebenfalls Aspekte eingehen, die Mitarbeiter befähigen, die geforderte Leistung zu erbringen. Es müssen Anreize gesetzt werden, die vereinbarten Ziele der Personalbesetzung einzuhalten – dann besteht auch eine Berechtigung und Sinnhaftigkeit für negative Konsequenzen, falls die vereinbarten Mittel nicht im Sinne dieser Ziele eingesetzt werden.

Es ist unzweifelhaft erforderlich, konsequent dafür zu sorgen, dass in den Budgetverhandlungen vereinbarte personelle und finanzielle Ressourcen ungeschmälert Menschen mit psychischen Erkrankungen zugutekommen. Vorschläge, Kliniken dafür kurzfristig zu „bestrafen“, wenn die vereinbarten Leistungen nicht immer vollständig erbracht werden, bestrafen aber tatsächlich nur die Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Angehörigen. Diese Gruppe von Menschen kann sich im Regelfall nicht einfach eine andere Klinik in einer anderen Region suchen. Das Prinzip der Gemeindenähe, das die Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten in zunehmendem Maße geprägt hat, wäre damit ad absurdum geführt. Die Verantwortung des Versorgungssystems für eine integrierte und regionale Versorgung ebenso. Wesentliche Prinzipien moderner Psychiatrie sind dadurch gefährdet.

Der politische Prozess, der zum PsychVVG geführt hat, war sehr viel umfassender als es in der heutigen Diskussion erscheint. „Budget statt Preis“ bedeutete im Kern, dass die Aufgabe der umfassen-

den und verbindlichen Krankenhausversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in einer definierten Versorgungsregion als die einzig entscheidende Basis der Versorgung – und damit auch der Personalbemessung und der Finanzierung – angesehen wird. Gerade in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ist eine integrierte und integrierende, vernetzte und durch Verantwortung getragene regionale Versorgung unabdingbar.

Verbände präsentieren alternatives Personalkonzept

Eine Vielzahl von Verbänden aus allen Bereichen der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie im Krankenhaus haben gemeinsam einen Vorschlag erarbeitet, wie ein zukunftsfähiges Personalbemessungs- und Finanzierungsinstrument aussehen kann. Dieses „Plattform-Modell“ [1] beschreibt den konkreten individuellen Behandlungsbedarf differenziert und dimensional auf unterschiedlichen Ebenen. Daraus abgeleitete und bezüglich des Ressourcenverbrauchs weitgehend homogene Patientengruppen bilden die Basis für ein an der unverzichtbaren Qualität ausgerichtetes Instrument der Personalbemessung. Darin liegt die Chance, die wir für die Weiterentwicklung der Psychiatrie in fachlicher und ethischer Hinsicht brauchen.

Literatur

1. Hauth I et al. Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen: Ein patientenorientiertes und leitliniengerechtes Konzept zur Personalbemessung. *Der Nervenarzt* 2019;90(3):285–92

AUTOR

**Prof. Dr. med.
Arno Deister**

Past-President DGPPN
Chefarzt des Zentrums
für Psychosoziale
Medizin
Klinikum Itzehoe
Robert-Koch-Straße 2
25524 Itzehoe

E-Mail: arno.deister@t-online.de



Hier steht eine Anzeige.





Interview zu Personalmindestvorgaben

Deutliche Verschlechterung der Situation zu befürchten

Hohe Erwartungen haben Patienten, Angehörige und alle in der Versorgung Tätigen an die neue Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu Personalmindestvorgaben in Psychiatrie und Psychosomatik geknüpft, die die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ablösen sollte: die Sicherstellung einer zeitgemäßen Personalausstattung als Grundlage für eine leitliniengerechte Krankenhausversorgung. Die DGPPN-Präsidenten Prof. Dr. Andreas Heinz, Prof. Dr. Thomas Pollmächer, Prof. Dr. Arno Deister und Vorstandsmitglied Dr. Iris Hauth kritisieren die Mindestvorgaben als nicht ausreichend.

? Was ist aus Ihrer Sicht aus der ursprünglichen Zielsetzung, eine zukunftsichere Personalplanung zu erhalten, geworden?

Prof. Dr. Andreas Heinz: Wir müssen leider feststellen, dass der G-BA seine Aufgabe verfehlt hat. Trotz jahrelanger Befassung und unzähliger Sitzungen wird der G-BA dem gesetzlichen Auftrag, Mindestvorgaben zu definieren, die zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen, nicht gerecht.

Ab kommendem Jahr werden psychiatrische Kliniken verpflichtet, einen Mindestpersonalstand im Sinne einer Untergrenze von 85 % der inzwischen fast 30 Jahre alten Personalvorgaben nachzuweisen. Was jedoch komplett unberücksichtigt bleibt, sind

Sollvorgaben, die für eine gute, leitliniengerechte Versorgungsqualität erforderlich sind. Diese Sollvorgaben brauchen wir aber dringend, um mit den Krankenkassen das für eine moderne Psychiatrie notwendige Personal verhandeln zu können.

Um moderne, leitliniengerechte und den Menschenrechten entsprechende Behandlung sicherstellen zu können, müssen diese Vorgaben deutlich über der bisherigen Psych-PV liegen. Deeskalation, möglichst offen geführte Stationen, intensive Psychotherapie, all dies kann nur mit mehr Zeit und Personal pro Patient geleistet werden. Stattdessen gibt es eine Minimalvorgabe, die deutlich unter der bisherigen Psych-PV liegt, und die Krankenhäuser sanktioniert, statt sie zu unterstützen.

Dr. Iris Hauth: Die durch den G-BA formulierte Untergrenze soll dann schrittweise über vier Jahre auf ein Niveau knapp über der Psych-PV angehoben werden, aber das reicht für eine gute Behandlung nach heutigen Standards nicht aus. Denn die Psych-PV basiert auf dem Stand der Psychiatrie vor 30 Jahren. Sie einfach weiterzuschreiben, ist nicht sachgemäß. Damals hatte beispielsweise die Psychotherapie einen viel zu geringen Stellenwert. Außerdem hatte man Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in den Kliniken zuerst mit Medikamenten behandelt. Dass insbesondere hier psychotherapeutische Maßnahmen sehr wichtig sind, ist heute gut belegt. Gerade auch den schwer kranken Patienten sollten daher wöchentlich etwa zwei Stun-



© Claudia Burger
Prof. Dr. med. Arno Deister, ehemaliger Präsident der DGPPN



© Claudia Burger
Dr. med. Iris Hauth, Vorstandsmitglied der DGPPN



© DGPPN
Prof. Dr. med. Andreas Heinz, amtierender Präsident der DGPPN



© DGPPN
Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer, designierter Präsident der DGPPN



© C. Roth-Sackenheim [2]

In intensiver Atmosphäre diskutierten die DGPPN-Vorstandsmitglieder die neue G-BA-Richtlinie zur Personalmindestvorgabe.

den individuelle Psychotherapie ermöglicht werden. Die aktuellen Vorgaben gewährleisten aber nur wenige Minuten Psychotherapie pro Woche – eine weitere Minimalvorgabe unter der bisherigen Psych-PV verschlimmert dies noch.

Prof. Dr. Thomas Pollmächer: Auch die Selbstbestimmung der Patienten spielt heute in den Leitlinien eine zu Recht viel stärker gewichtete Rolle. Wenn es genügend Personal gibt, das jedem einzelnen Patienten gerecht werden kann, lassen sich viele Zwangsmaßnahmen vermeiden und bisher geschlossene Türen öffnen. Konzepte für deeskalierende Maßnahmen oder assistierte Entscheidungsfindung liegen vor. Auch rechtliche Vorgaben, wie die UN-Behindertenrechtskonvention, oder höchstrichterliche Entscheidungen, wie Eins-zu-eins-Betreuungen bei Fixierungen, sind sehr zu begrüßen. Aber um all dies umsetzen zu können, brauchen wir ausreichend Personal.

Prof. Dr. Arno Deister: Dies alles regelt die neue Richtlinie nicht. Stattdessen beinhaltet sie eine weitere Ausweitung des Dokumentations- und Verwaltungsaufwands: Statt bisher jährlich und für die ganze Klinik soll der Personalstand fortan pro Station und mindestens monatlich nach Berufsgruppen differenziert dokumentiert werden. Zudem sind rigide Sanktionsmechanismen geplant,

die noch nicht abschließend festgelegt sind, dann aber ab 2021 gelten sollen. Ab dann droht bei Unterschreitung der Untergrenzen der Leistungsausschluss, also soll die Vergütung eines ganzen Bereichs unterbleiben, nicht – wie bisher – nur die Kürzung der Erstattung um das Personal, das vor Ort gegebenenfalls fehlt.

? Was droht den Kliniken und den Patienten, wenn es so kommt?

Hauth: Wir befürchten eine deutliche Verschlechterung der Situation und eine Abwärtsspirale. Ab 2020 werden die bisherigen Regelungen der Psych-PV wegfallen. Dann bleibt es dem freien Spiel der Kräfte und dem Verhandlungsgeschick einzelner Krankenhausdirektoren mit den Krankenkassen überlassen, mehr als die Minimalbesetzung zu erhalten. In der Psych-PV waren Urlaubs- und Krankheitszeiten über die Minutenwerte hinaus budgetär relevant und zu erstatten – das ist jetzt von jedem Krankenhaus individuell zu verhandeln, und im Einzelfall fehlt damit der bisherige Schutz der Psych-PV als gesetzliche Personalvorgabe. Damit befürchten wir einen Wettlauf nach unten, wenn wir uns bei den Verhandlungen nur noch auf die 85% Untergrenze berufen können.

Deister: Die rigiden Sanktionen bei Unterschreitung der Minimalvorgabe können

zudem in strukturschwachen Regionen für Kliniken das Aus bedeuten. Damit werden jahrzehntelange Bemühungen um eine gemeindenahe Versorgung konterkariert, und es droht auf dem Land eine Rückkehr zu den Großkliniken. Die Patienten müssen dann unter Umständen zu viel weiter entfernten Kliniken gehen, was ihren Angehörigen Besuche erschwert.

Heinz: Die vorgesehenen kleinteiligen Dokumentationen nehmen die Flexibilität im Falle von urlaubs- und krankheitsbedingten Schwankungen in der Besetzung. Für Kliniken sind gewisse Spielräume notwendig, um auch Anpassungen in der Besetzung vorzunehmen, die sich am Bedarf der Patienten orientieren. So ist etwa der Bedarf an Sozialarbeitern in Berlin Mitte sehr groß, weil es viele wohnungs- und arbeitslose Patienten gibt. Bisher ist es mit dem vorgegebenen Budget möglich, mehr Sozialarbeiter auf Kosten anderer Berufsgruppen zu beschäftigen, diese Flexibilität droht zu entfallen.

Pollmächer: Die Folgen tragen die Patienten und deren Angehörige und Freunde. Die ohnehin knappe Zeit, die die Beschäftigten für sie haben, muss vermehrt in Dokumentationen investiert werden. Ihr Anspruch auf eine Behandlung, die den modernen Standards entspricht, wird missachtet. In der Kardiologie würde man es sofort infrage stellen, wenn es spezielle



BV-Veranstaltungen DGPPN-Kongress 2019

Mittwoch, 27. November 2019

Chancen und Risiken von telemedizinischen Anwendungen, veränderten Informationssuchstrategien bei Patienten und „Big Data“
Symposium S-12

8:30–10:00 Uhr, Raum M1

„Frischer Facharzt was nun“ – Tätigkeitspektrum des niedergelassenen Psychiaters
Symposium S-023

13:30–15:00 Uhr, Raum London 2

Wem „gehört“ die ambulante Versorgung
Diskussionsforum DF-02

15:30–7:00 Uhr, Raum Weimar 5

Donnerstag, 28. November 2019

Intensiv-ambulante und multimodale Angebote zwischen vertragsärztlichem und stationärem Sektor
Symposium S-073

8:30–9:00 Uhr, Raum M 2

Freitag, 29. November 2019

BVDP Mitgliederversammlung

12:00–15:00 Uhr, Raum M 4

Antidepressiva nur bei schweren Depressionen?
Pro-Contra-Debatte

15:30–17:00 Uhr, Saal A7

Lass Dich nieder – „Sprechstunde“ der Vertragsärzte aller Bundesländer
Bundesland-spezifische Informationen zur vertragsärztlichen Tätigkeit

17:15–18:45 Uhr, Raum M 6

Samstag, 30. November 2019

Patientenversorgung zwischen Haus- und Facharzt – zukunftsfähige Versorgungskonzepte
Symposium S-209

8:30–9:00 Uhr, Saal A3

Wie funktioniert die ambulante Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie?
1-Tages-Workshop, kostenpflichtig, nur auf Voranmeldung

8:30–12:00 Uhr, Raum R4

Medikamente oder neuartige Herzschrittmacher gäbe, die man den Patienten vorenthalten würde. Übertragen auf die Psychiatrie bedeutet das, dass man nachweislich wirksame Behandlungsmethoden den Patienten nicht vorenthalten darf. Die enormen Anstiege bei Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankungen und Wiederaufnahmen in Krankenhäusern deuten heute bereits auf eine Fehlallokation von Ressourcen hin. Diese Entwicklungen würden sich fortsetzen.

? Was sind aus Ihrer Sicht die Hintergründe dieser Entwicklung?

Heinz: Die zunehmende Ökonomisierung und zu geringe Personalausstattung in der Medizin sind ganz grundsätzliche Probleme unseres Gesundheitssystems. Sie finden ihren Niederschlag auch in der Richtlinie.

Pollmächer: Zudem gab es große Probleme bei der Erarbeitung dieser Richtlinie. Man hatte ursprünglich festgelegt, sich dabei auf vier Säulen zu stützen: die bisherige Psych-PV, Expertenworkshops, eine empirische Studie sowie Leitlinien. Die Leitlinien geben zwar – bis auf die neue S3-Leitlinie Schizophrenie – keine Minutenwerte zum Personal vor, aber natürlich klare Empfehlungen für wirksame Behandlungsmethoden, etwa Psychotherapie oder Deeskalationsmaßnahmen. Damit hätte man arbeiten können. Die Expertenworkshops haben die Empfehlungen der Leitlinien unterstrichen, wurden jedoch aus unerklärlichen Gründen nicht verwertet. Die vom G-BA in Auftrag gegebene empirische Studie konnte aufgrund nicht geklärter fachlicher und rechtlicher Fragen nicht abgenommen werden. Da der G-BA per Gesetz bis zum 30. September eine Richtlinie vorlegen musste und die Psych-PV zum Jahresende ausläuft, blieb ihm nur noch die Psych-PV als Orientierungsgrundlage.

Hauth: Dies mag rechtlich korrekt sein, wie es das Bundesministerium für Gesundheit kürzlich in seiner Antwort auf eine Anfrage der Grünen ausführt. Dem Bedarf von über einer Million Menschen, die jährlich in den erwachsenen, kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychosomatischen Kliniken behandelt werden und auf eine gute Behandlung angewiesen sind, wird es aber keinesfalls gerecht.

? Welche Forderungen stellt die DGPPN an eine zukunftsfähige Personalausstattung?

Pollmächer: Die Richtlinie wird vorerst leider nicht mehr modifiziert werden. Wir sehen daher den Gesetzgeber in der Pflicht. Er muss dafür Sorge tragen, dass der gesetzliche Auftrag erfüllt wird. Die DGPPN und mehr als dreißig Verbände der Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen rufen ihn dazu auf, kraft Bundesgesetz zum 1. Januar 2020 eine Sollvorgabe mit Nachweispflichten für die Budgetverhandlungen zu beschließen, die deutlich oberhalb der Minimalbesetzung und der bisherigen Psych-PV liegt. Damit müssen die Krankenhäuser in die Krankenkassenverhandlungen gehen können. Die Betroffenen brauchen bundesweit gültige, klare Sollvorgaben für eine gute Behandlung in allen Kliniken, denn ein Teil der Patienten kann sich das Krankenhaus nicht aussuchen.

Hauth: Zudem muss der Gesetzgeber dem G-BA bei der Weiterentwicklung der Richtlinie konkrete Vorgaben machen. Für die Zukunft muss ein neues Personalbemessungsinstrument entwickelt und umgesetzt werden, wie beispielsweise das Plattformmodell, das von der Plattform Personalbemessung der psychiatrischen und psychosomatischen Fachgesellschaften und Verbände entwickelt wird. Mit diesem Modell lässt sich eine leitliniengerechte und an den Menschenrechten inklusive der UN-Behindertenrechtskonvention ausgerichtete Personalausstattung errechnen. Dazu müssen der pflegerische und medizinisch-psychotherapeutische Personalschlüssel und die Stellenanteile von Psychologen und Sozialarbeitern deutlich angehoben werden.

Deister: Des Weiteren sind dringend Stellen für Genesungsbegleiter zu schaffen. Genesungsbegleiter sollten regulär auf Station sein. Das bedeutet, dass bei ungefähr zehn Stunden Arbeitszeit pro Woche mehrere Genesungsbegleiter pro Station eingeplant werden müssen. Diese Genesungsbegleiter können neben ihren konkreten Aufgaben auch als Vermittler unterschiedlicher Sichtweisen wirken.

Heinz: Wir rufen deswegen alle an einer verbesserten Versorgung interessierten Personen auf, sich an den Aktionen der DGPPN und der mit uns verbündeten Organisationen für eine gute Behandlung zu beteiligen!

! Vielen Dank für das Gespräch. Das Interview führte Dr. Christa Roth-Sackenheim, Andernach.

Hier steht eine Anzeige.



92. Bayerischer Nervenärztetag in Bayreuth

Intensive Fortbildung, viele Fragen zum TSVG und ein Abschied

Am 13. und 14. September 2019 trafen sich die bayerischen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater zu ihrer traditionellen Herbsttagung, dieses Mal in Bayreuth. Prof. Dr. Thomas Kallert vom psychiatrischen Bezirkskrankenhaus Bayreuth hatte zusammen mit Prof. Dr. Patrick Oschmann von der neurologischen Klinik Hohe Warte ein hochinteressantes, umfassendes und praxisrelevantes Fortbildungsprogramm zusammengestellt. 130 Kolleginnen und Kollegen waren gekommen und nutzten die abschließende Mitgliederversammlung um zahlreiche Fragen zu stellen – dabei standen die Neuerungen des TSVG im Mittelpunkt.

Den wissenschaftlichen Teil des Bayerischen Nervenärztetages 2019 in Bayreuth eröffnete Prof. Dr. Markus Otto aus Ulm mit einem Vortrag über neue diagnostische Kriterien und therapeutische Perspektiven neurodegenerativer Erkrankungen aus Sicht der Grundlagenforschung. So deute niedriges A β -Peptid 1-42 bei erhöhtem Tau- und/oder phospho-Tau in der Differenzialdiagnose von MCI und Pseudodemenz auf die Entwicklung einer Alzheimer-Demenz. In der Differenzialdiagnose von amyotropher Lateralsklerose, frontotempora-

ler Demenz und atypischen Parkinson-Syndromen seien dagegen die Neurofilamente die Marker der Zukunft.

Stellenwert der Bildgebung in der Diagnostik

Den Stellenwert der Bildgebung in der Diagnostik von Parkinson- und Demenz-Syndromen erläuterte Prof. Dr. Stefan Förster aus Bayreuth. Wichtig bleibe die konventionelle cMRT/cCT zur Ausschlussdiagnostik und gegebenenfalls Früherkennung einer Hippocampusatrophie bei Alzheimer-Demenz.

Das FDG-PET zeige die topografische Verteilung neuronaler Schädigung. Die Möglichkeit, A β sensitiv und spezifisch durch das Amyloid-PET nachzuweisen erlaube es, eine Alzheimer-Demenz auszuschließen. Das Tau-PET wiederum eigne sich mit der Erfassung von pathologischen Tau-Ablagerungen zur Bestimmung des Schweregrades einer Alzheimer-Demenz und ermögliche es, andere Tauopathien wie die progressive supranukleäre Blickparese zu detektieren. In der Differenzialdiagnose von Parkinson-Syndromen helfe der DAT-Scan wei-



Der diesjährige Bayerische Nervenärztetag fand in der Festspielstadt Bayreuth statt.

ter, der die Verfügbarkeit von Dopamin-transportern sichtbar mache.

Nach diesen Exkursen in Labor und Bildgebung führte Prof. Dr. Dipl.-Phys. Matthias Riepe aus Ulm zurück in die klinische Mustererkennung, indem er die Alzheimer-Demenz als schleichend beginnende Encodierungsstörung mit Anosognosie und schrittweiser „Metastasierung“ in frontale und parietale Funktionsbereiche beschrieb. Mit dem wertvollen Tipp, dies durch das stufenweise erschwerte Buchstabieren des Wortes SANFT (vorwärts/ rückwärts/alphabetisch) ohne großen Aufwand zu erfassen, schlug er den Bogen in die alltägliche Praxis.

Mit 130 Teilnehmern war der bayerische Nervenärztag wieder einmal gut besucht.

© Markus Weh



Neue Migräneprophylaktika

Weiter ging es mit Differenzialdiagnostik und Therapie der Migräne. PD Dr. Charly Gaul aus Königstein im Taunus erläuterte die Bedeutung der neuen monoklonalen Antikörper gegen CGRP und CGRP-Rezeptoren in der Prophylaxe, die sich vor allem durch ein sehr günstiges Nebenwirkungsprofil (lediglich leichte gastrointestinale Probleme) und möglicherweise sehr schnellen Wirkungsbeginn auszeichneten. Eingesetzt werden könnten sie aber nur, wenn (alle) anderen Therapien zuvor unwirksam, unverträglich oder kontraindiziert gewesen seien. Wertvoll für die Praxis war zudem sein Hinweis auf die zu oft vergessenen Intervallprophylaktika Opipramol (off label) sowie Flunarizin (10 mg jeden zweiten Tag!).

Anorexie und Bulimie

Zu Essstörungen berichtete Prof. Dr. Ulrich Voderholzer aus Prien am Chiemsee. Hinsichtlich der Anorexia nervosa sei die Gewichtszunahme das wesentliche Ziel der Therapie. Dabei gelte: „Gewichtszunahme ist nicht alles, aber ohne Gewichtszunahme ist alles nichts.“ Es sei auf der Basis von Behandlungsverträgen sofort und ohne „Eindosierung“ mit hochkalorischer Ernährung zu beginnen, parenterale Ernährung strikt zu vermeiden, der weit überdurchschnittliche Kalorienbedarf zu bedenken und der oft vorhandene Bewegungsdrang einzuschränken.

Bei Binge Eating und Bulimie dagegen stehe nicht die Veränderung des Körper-

gewichtes, sondern die Behandlung des Purge Eating im Vordergrund. Dazu sei es unabdingbar, auf drei Mahlzeiten am Tag hinzuarbeiten.

Traumatisierungen

In seinem Bericht über komplexe Psychotrauma-Folgestörungen bei Kindesmisshandlungen zeigte Dr. Michael Purucker aus Bayreuth auf, dass die somatische und psychische Krankheitslast im Erwachsenenalter deutlich erhöht ist und Betroffene zu verstärktem Risiko- und Selbstverletzungsverhalten sowie Suizidalität neigen. Sie misshandeln und vernachlässigen wiederum eigene Kinder überdurchschnittlich häufig. Eine individuell angepasste Psychotherapie mit komplexen Hilfestellungen sei förderlich.

Bipolare Störungen

Schwerpunkte des Vortrages von Prof. Dr. Dr. Michael Bauer aus Dresden zu bipolaren Störungen waren die Beachtung der häufig lebensverkürzenden kardiovaskulären und pulmonalen Begleiterkrankungen Betroffener und der besondere, oft unverzichtbare Stellenwert der spiegeladaptierten Lithiumtherapie für die Rezidivprophylaxe, die leider viel zu oft nicht in Erwägung gezogen werde. Zur Behandlung der Manie dagegen empfahl er wegen besserer Steuerbarkeit und rascherem Wirkungseintritt atypische Neuroleptika. Für die bipolare Depression wiederum sei Quetiapin die einzige zugelassene Substanz, wie Bauer betonte.

Therapie der Schizophrenie

Über die medikamentöse Behandlung der Schizophrenie berichtete anschließend Dr. Torsten Brückner aus Rehau. Nach wie vor seien Clozapin und Amisulprid die am besten wirksamen, leider aber auch die hinsichtlich Gewichtszunahme und QTc-Zeitverlängerung problematischsten Substanzen. Des Weiteren sei das Risiko der Entwicklung iatrogener Zwangssymptome unter Clozapin und Olanzapin zu beachten. Neuerungen gebe es in den Möglichkeiten der Depotbehandlung mit Paliperidon i. m., Aripiprazol i. m. und Risperidon s. c. Relativ neu sei weiterhin Cariprazin, von dem man sich durch Partialagonismus am Dopaminrezeptor Effekte in der Behandlung der Negativsymptome erwarte. Die Bewertung im klinischen Alltag bleibe jedoch noch abzuwarten.

ADHS bei Erwachsenen

Die Behandlungsstrategien bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) aus Sicht der (Erwachsenen-) Psychiatrie und Psychotherapie fasste Dr. Bertram Schneeweiß aus Taufkirchen dahingehend zusammen, dass bei ADHS ohne Komorbidität oder mit Störung des Sozialverhaltens Stimulanzien und bei ADHS mit Substanzmissbrauch, mit Angst- oder Tic-Störung Stimulanzien oder Atomoxetin gegeben werden sollten. Zugelassene Stimulanzien seien Methylphenidat und Lisdexamphetamin.

Mitgliederversammlung BVDN Bayern

Am Anfang der Mitgliederversammlung verabschiedete sich als Ehrengast PD Dr. Albert Zacher, langjähriger und außerordentlich erfolgreicher Vorsitzender des bayerischen BVDN. Er gibt zum Ende des Jahres seinen Praxissitz in Regensburg an eine Kollegin weiter. Viele seiner berufspolitischen Erfolge und Leistungen für unsere Kollegen konnten wir noch einmal gedanklich Revue passieren lassen. Zacher strukturierte sowohl den bayerischen als auch den BVDN-Bundesverband sehr erfolgreich zu einem professionellen berufspolitischen Instrument um, er wurde in allen Bereichen gesundheitspolitischer Institutionen gehört. Unvergessen sind seine Verdienste um die Honorierung ambulanter psychiatrischer Tätigkeit und die bis vor kurzem noch gültige psychiatrische Weiterbildungsordnung. Die von Zacher führend mit herausgegebenen BVDN-Praxishilfen in Heftform helfen bis heute den niedergelassenen Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern täglich bei der Bewältigung von Praxisproblemen, sei es bei der EBM- oder GOÄ-Abrechnung, der Gutachterstellung, der regresssicheren Arzneimittelverordnung oder der wirtschaftlichen Praxisführung. Vor allem aber ist er der Vater unserer Verbandszeitschrift *NeuroTransmitter* in der seit 1998 extrem erfolgreich herausgegebenen Form. Unvergessen sind Albert Zachers Editorials, die locker, witzig und einfallreich nicht nur medizinische, sondern oft auch gesellschaftspolitische Ereignisse und Fragen aufgegriffen.

Ansonsten wurden in der Mitgliederversammlung die bayerischen Vorstandsmitglieder ausführlich und detailreich zu den Auswirkungen des TSVG befragt. Wobei viele Fragen mittlerweile beantwortet werden konnten (siehe hierzu auch das aktuelle *NeuroTransmitter*-Telegramm 3/2019, das nur Mitglieder erhalten). Manches musste aber offen bleiben, weil sich die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) angesichts der Fülle der denkbaren Spezialfälle noch nicht zu jeder Einzelheit geäußert hatte. Beklagt wurden von etlichen Kollegen Lieferengpässe bei generischen Standardmedikamenten. Dies trifft nicht nur für *Neuro-Psychopharmaka* zu, sondern auch für Herz-Kreislauf-Mittel oder Antibiotika. Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben zu diesem Thema mittlerweile eine Resolution an die Politik gesendet.



© Markus Weih

Der langjährige Motor des BVDN auf Landes- wie auf Bundesebene und Schriftleiter des *NeuroTransmitter* PD Dr. Albert Zacher geht in den Ruhestand.

Ethik und Nervenheilkunde

Prof. Dr. theol. Arne Manzeschke aus Nürnberg hielt den Festvortrag zum Thema „Ethik und Nervenheilkunde – Spannungsfeld oder Symbiose?“. Angesichts der neuropsychiatrischen Themenvielfalt unseres Fortbildungsprogramms spüre er Ehrfurcht: „Was muss man alles wissen, um hier mitmachen zu dürfen.“ In den Mittelpunkt seines Vortrages stellte der Professor für Anthropologie und Ethik für Gesundheitsberufe die These „Ethik ist Unterbrechung der Routine“. Die Übertragbarkeit von Ethik zwischen Kirche, Gesellschaft, Arbeitswelt und Medizin bildete dabei den Schwerpunkt seiner Ausführungen. Im weiten Feld „Ethik und Nervenheilkunde“ ging er auch auf Themen wie tiefe Hirnstimulation und DRG-Ökonomisierung ein.

Ein Update zum Themenbereich Epilepsie präsentierte Prof. Dr. Hajo Hamer aus Erlangen, das breite Thema Polyneuropathie bearbeitete Dr. Roland Anderheiden aus Bayreuth, und Prof. Dr. Patrick Oschmann, ebenfalls aus Bayreuth, referierte zu den neuesten Entwicklungen bei Diagnostik und Therapie der Multiplen Sklerose.

Psychosoziale Therapien bei psychischen Erkrankungen

Die Highlights der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ stellte Dr. Dr. Stefan Weinmann aus Berlin vor. Für die Praxis folgt daraus die Förderung der individuellen „Recovery“, die Beteiligung an gemeindepsychiatrischen Modellen, die Einbeziehung psychoedukativer und

sporttherapeutischer Maßnahmen, die Zuhilfenahme von Genesungsbegleitern sowie die Wichtigkeit der beruflichen Reintegration etwa mit der Hilfe von Job-Coaches.

Lebensqualität bei psychischen Erkrankungen

Den Abschluss bildete Prof. Dr. Thomas Kallert, Leitender Ärztlicher Direktor Gesundheitseinrichtungen des Bezirkes Oberfranken, mit einem Vortrag zum Thema Lebensqualität bei psychischen Erkrankungen. Nach Diskussion methodisch konzeptioneller Kritik am Konzept „Lebensqualität“ schlussfolgerte er die Nützlichkeit dahingehend, damit die Patientenperspektive in die individuelle Bedarfsermittlung einbeziehen und therapeutisch nutzen zu können.

AUTOREN

Dr. med. Oliver Biniasch

BVDP-Landessprecher Bayern
E-Mail: biniasch@interwaysmail.com

Dr. med. Gunther Carl

Vorsitzender des BVDN Bayern
E-Mail: carlg@t-online.de

Dr. med. Heino Sartor

Vorstandsmitglied BVDN Bayern
E-Mail: sh-la@t-online.de

Hier steht eine Anzeige.



Neues aus dem G-BA

DMP Depression – Fachärzte nur für schwere Fälle vorgesehen

Der G-BA hat ein DMP Depression auf den Weg gebracht. Fachärzte sind darin allerdings weder bei der Diagnosestellung noch bei der Koordination vorgesehen. Sie wären erst nach einigen Wochen bei schweren Fällen als spezialisierte Leistungserbringer gefragt. Dennoch bietet das Programm einige gute Ansätze, die helfen können, Abläufe in der psychiatrischen Praxis zu optimieren. Der Beschluss liegt nun zur Prüfung beim Bundesgesundheitsministerium.

Gemäß des im Koalitionsvertrag festgehaltenen Wunsches hat der G-BA nach langjähriger Diskussion und ohne Votum der Patientenvertreter am 15. August 2019 beschlossen, dass zukünftig auch gesicherte chronische mittelschwere bis schwere Depressionen (mindestens ein Jahr andauernd oder mindestens dritte Episode) in einem evidenzbasierten und strukturierten Disease-Management-Programm (DMP) behandelt werden können [1]. Nach verschiedenen bekannten somatischen Erkrankungen (Diabetes, Asthma, Brustkrebs usw.) wäre dies das neunte DMP. Der Beschluss wird nun dem Bundesgesundheitsministerium zur Prüfung vorgelegt, so lange ist er noch nicht in Kraft. Üblicherweise dauert dieser Vorgang bis zu zwölf Monate.

Das DMP orientiert sich an den bekannten Leitlinien

Grundlage des neuen DMP Depression ist die schon seit 2017 bekannte Leitliniensynopse des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Inhaltlich entspricht das DMP der bekannten Definition von Haupt- und Zusatzsymptomen und allgemein gehaltenen Therapiezielen (z. B. Verminderung der depressiven Symptomatik). Besonders betont wird der Einsatz von evidenzbasierter schriftlicher Patienteninformation und obligatorischen Schulungen (ggf. elektronisch, generell ein wichtiger Bestandteil jedes DMP), Exploration von und Vorgehen bei Suizidalität und Komorbiditäten. Zur

Unterstützung der Erfassung des Schweregrades und als Grundlage des Gesprächs wird der PHQ-9 Selbstbeurteilungsfragebogen empfohlen. Ansonsten entsprechen die empfohlenen Therapiemaßnahmen weitestgehend den bekannten S3- oder NVL-Leitlinien zur unipolaren Depression. So ist beispielsweise die Überprüfung von Verträglichkeit und Response einer antidepressiven Therapie alle ein bis zwei Wochen gefordert, mit der Beachtung der entsprechenden Optionen (Wechsel, Kombination, Augmentation) bei Non-Response. Recht genau geregelt (Seite 13 des Beschlusses) sind die Indikation zur Überweisung an den Facharzt, nämlich nach sechs Wochen, und die Einweisungsindikation. Abgerundet wird der Beschluss durch acht Qualitätsziele und -indikatoren wie „hoher Anteil an Patienten, die eine Kombination aus Psychotherapie und Psychopharmakotherapie erhalten“ und Hinweise zur Dokumentation, die vermutlich eine zusätzliche Bürokratie mit sich bringen wird.

Fazit für die Praxis

Es ist zu begrüßen, dass mit der Depression erstmalig eine Nervenerkrankung in den Kanon der DMP aufgenommen wird. Fachärzte werden darin vorwiegend nicht als Diagnostesteller oder Koordinatoren, sondern in zweiter Reihe nach einigen Wochen erst als spezialisierte Leistungserbringer eine Rolle spielen, was die Tatsache beziehungsweise die Studienergebnisse reflektiert, dass die Mehrzahl der Patienten mit Depression eher nicht oder beim Hausarzt

behandelt werden, auch wenn man im Alltag schnell einen anderen Eindruck gewinnen kann. Wird das DMP Depression wie vom G-BA beschlossen umgesetzt, wird eine sehr gute Abstimmung mit Hausärzten erforderlich werden, die nach dem DMP primär für die Langzeitbetreuung zuständig sind. Fachärzte sind eigentlich nur in Ausnahmefällen oder für schwierige Fälle vorgesehen. Dennoch sollte man sich mit dem DMP Depression beschäftigen, das einige gute Ansätze enthält, die auch geeignet sind, die täglichen Routineabläufe in der psychiatrischen Praxis zu optimieren, wie Therapieziele, Orientierung am PHQ9 und Prüfung, ob die Indikation zur Überweisung oder Einweisung Leitlinien- oder DMP-gerecht ist.

Quelle

1. <https://www.g-ba.de/beschluesse/3930/> (Zugriff am 18. August 2019)

AUTOR

**Prof. Dr. med.
Markus Weih**

Vorsitzender der
Fortbildungsakademie,
Vorstand Förderverein
Allersberger Straße 89,
90461 Nürnberg

E-Mail: markus.weih@
gmx.de



Hier steht eine Anzeige.

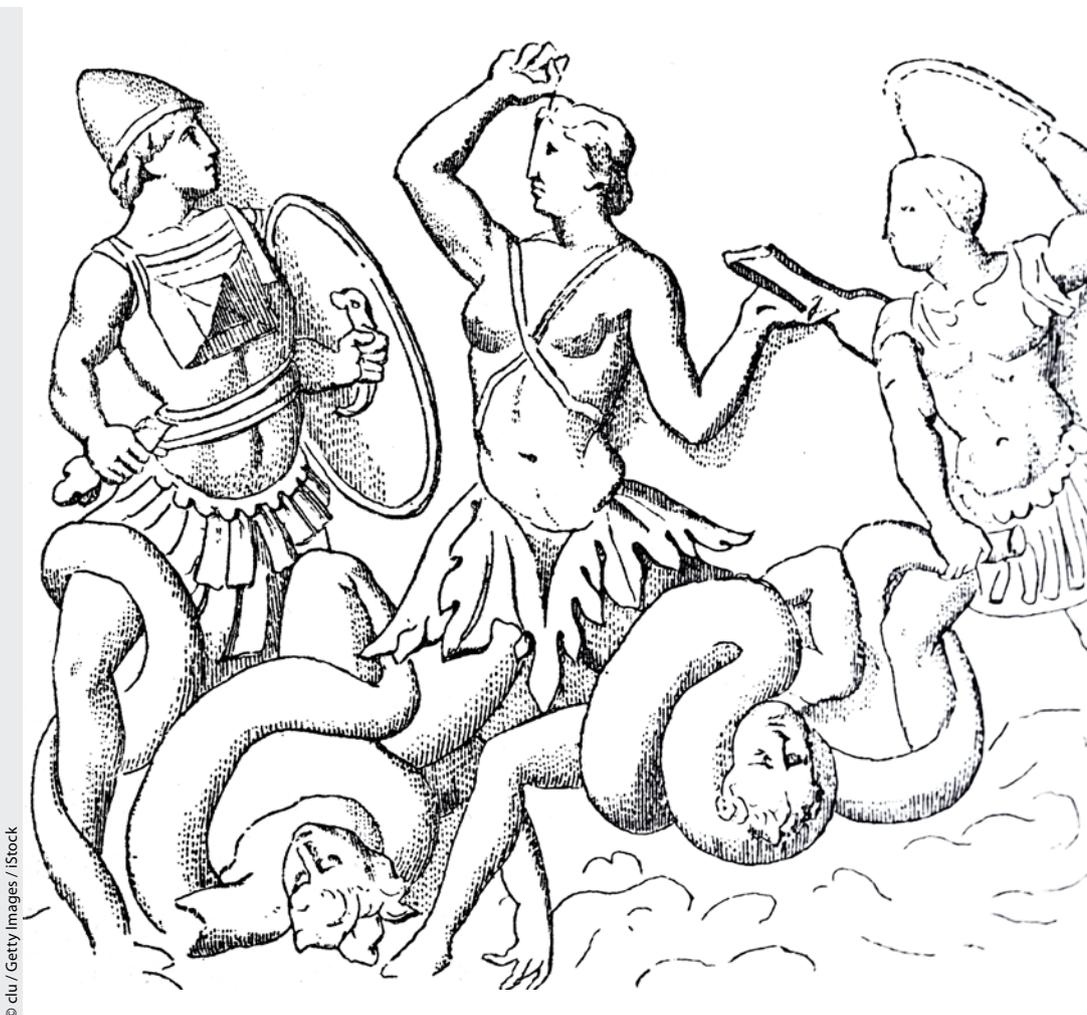


Rund um den Beruf

Studien immer verlässlicher, Evidenz bleibt auf der Strecke

Das Off-Label-Dilemma: Zwischen Evidenz und Regress

Noch zu meinen Studienzeiten wurde mir die ärztliche Therapiefreiheit als wesentliche Grundlage der Arzt-Patienten-Beziehung gepredigt. Dieser Zahn wird einem in der ärztlichen Tätigkeit heutzutage rasch und ohne Lokalanästhesie gezogen. Im folgenden Beitrag soll auf das Spannungsfeld der Therapiewahl im Kontext mit wissenschaftlicher Evidenz, Ressourcen, Risiken und Überprüfung eingegangen werden.



Die Arme der Skylla bedrängen Odysseus immer mehr – ähnlich wie die Krankenkassen uns Ärzte.

Arzneimittelrechtlich ist die erste Frage: Ist das Medikament für die Krankheit zugelassen? Hier hilft der Blick auf Punkt 4 (Anwendungsgebiet) der Fachinformation. Alle hier nicht aufgeführten Diagnosen wären Off-Label zu behandeln: keine Haftung des Herstellers, keine Kostenerstattung der Krankenkasse.

Therapiefreiheit: Überholtes Ideal?

Aus Sicht des Patienten wie aus Sicht des Arztes ist die Therapiefreiheit zunächst ein positiv belegtes Ideal. Zu Beginn meiner ärztlichen Tätigkeit beherrschte das Bild des souveränen Cowboys die Diskussion: In der Freiheit der Prärie trifft er mutige Entscheidungen zum Wohl des Patienten, zaubert gerne mal einen Schuss aus der Hüfte. Nach dem Motto: Der Patient leidet, irgendjemand muss ja etwas für ihn tun! In der streng patientenzentrierten Sicht besteht dabei aber die Gefahr, dass der Arzt als der Beste gilt, der möglichst viel für den Kranken tut. In Abwägung der Fakten ist aber manchmal Nichtstun sinnvoller oder sollte eine Therapie wegen ungünstiger Nutzen-Risiko-Relation besser unterbleiben.

Ich durfte die Sichtweise der Krankenkassen zur Off-Label-Therapie kennenlernen. Hier arbeiten in verantwortlicher Stelle Apotheker, die relativ unverblümt fragen: Wie kommt der Arzt dazu, unseren arglosen Versicherten mit einem in dieser Indikation nicht zugelassenen Medikament zu vergiften (beziehungsweise Gelder der Solidargemeinschaft zu verschleudern)?

So wird bei genauer Betrachtung der Gestaltungsräume in der Arzneimitteltherapie rasch deutlich, dass Überlegungen zu Risiken und Ressourcen die Therapiewünsche unbedingt mitgestalten müssen. Im Deutschen Ärzteblatt wurde über die Thematik Therapiefreiheit im Spagat zwischen der im Sozialgesetzbuch festgeschriebenen Therapie nach Stand der medizinischen Erkenntnis und ökonomischen Zwängen geschrie-

ben [1]. Im gleichen Jahr wurde auch über die Frage nach bester Evidenz diskutiert [2]. Insofern möchte ich die Freiheit in der Therapie relativieren und Gesichtspunkte wie Nutzen-Risiko-Abwägung und verantwortungsvollen Umgang mit Ressourcen mit in die Überlegungen einbeziehen.

Evidenz als Maß aller Dinge?

Gerade als Gegenpol der früher von allwissenden Lehrern dominierten Entscheidungsfindung (als Eminenz-basierte Medizin bespöttelt) ist die Orientierung an wissenschaftlicher Evidenz ein wichtiger Fortschritt. Insofern ist es sinnvoll, danach zu streben, nur mittels Studien belegte Wirkstoffe zu verwenden. Die Reduktion der Logik darauf, dass alles andere nicht wirkt, greift dabei aber zu kurz. Dazu muss man sich die Generierung von Evidenz betrachten. Die Studien sind im Laufe der Jahrzehnte immer präziser geworden, die Ansprüche an die Methodik gestiegen. Das führt dazu, dass die Ergebnisse der Studien verlässlicher werden, dass aber im Gegenzug riesige Lücken in der Evidenz klaffen. Dies soll zunächst theoretisch erklärt und dann an Beispielen erläutert werden.

Für eine präzise Studie ist eine gute Definition der Erkrankung, Population und Intervention nötig. Je präziser die Studie aufgebaut wird, desto geringer ist die Verunreinigung der Ergebnisse durch Störgrößen (Fehldiagnosen, hormonelle Einflüsse etc.) und desto höher die Wahrscheinlichkeit eines positiven Ergebnisses. Als Folge dieser Präzision sind mehrere Problembereiche aufzuführen:

1. Studienpopulation: Am besten eignen sich gesunde junge Männer ohne Begleiterkrankungen. Die Beschränkung macht aus Sicht der Studie Sinn, weil damit unausgereifte, polymorbide oder hormonell heterogene Patientengruppen wie Kinder, Senioren oder Frauen ausgeschlossen sind. Die Erkenntnis, dass die meisten Arzneimit-

tel in der Kinder- und Jugendheilkunde mangels geeigneter Zulassungsstudien off-label verordnet werden mussten, hat 2007 zur EU-Kinderverordnung geführt [3]. Darin ist geregelt, dass für jedes neu zuzulassende Arzneimittel ein Prüfkonzept mit eingebracht werden muss, das die Zulassung auch für Kinder beinhaltet.

2. Krankheitsdefinition: Während wir in der Ausbildung Diagnosen meist als Syndrome stellen (hypokinetisch-rigides Syndrom, spastisches Syndrom, depressives Syndrom) und mechanismenbasierte Therapie lernen, wird im Sinne einer präzisen Studienpopulation die diagnostische Schärfe maximiert und so zum Beispiel nicht allgemein „depressive Störung“, sondern nur die „Major Depression“ eingeschlossen.

Im Falle der Myositis syndromen wird arbiträr nur für Polymyositis oder Dermatomyositis, aber nicht nekrotisierende Myositis oder Einschlusskörpermyositis zugelassen. Diese diagnostische Schärfe macht bei kausaler Therapie (Betalaktam-Antibiotika können nur bei grampositiven Bakterien voll wirken) Sinn, aber nicht bei symptomatischer Therapie (dopaminerg, antidopaminerg ...). Insbesondere die Verwechslung von Ursache und Folge führt zur Therapiebehinderung: Die diabetische Stoffwechsellage führt zur Polyneuropathie, die schmerzhaft sein kann. Kausal sollte also der Diabetes behandelt werden. Die Schmerzen durch Polyneuropathie bei Chemotherapie oder Diabetes unterscheiden sich jedoch nicht prinzipiell und werden nur symptomatisch behandelt, sodass die in der Studie homogenisierend wirkende diagnostische Einschränkung für die symptomatische Therapie keinen Sinn macht. Gänzlich sinnlos ist die lokale Einschränkung des spastischen Syndroms auf Körperpartien [4], als ob Botulinumtoxin an Arm und Bein unterschiedlich wirke.

Tab. 1: Substanzgruppen mit lange zugelassenen Vertretern („Alt“) und neuer zugelassenen Vertretern („Neu“) mit gleichem Wirkmechanismus, aber studienbedingt engerer Indikation (Einschränkung des Alters oder der Ursache trotz lediglich symptomatischem Wirkprinzips)

Medikamentengruppe	Alt	Indikation	Neu	Indikation
COX Hemmer	ASS	symptomatische Behandlung bei leichten bis mäßig starken Schmerzen und/oder Fieber	Celecoxib	bei Erwachsenen für die symptomatische Linderung der Beschwerden bei der Behandlung von Osteoarthritis (OA), rheumatoider Arthritis (RA) und Spondylitis ankylosans (AS)
Carboxamide	Carbamazepin	Epilepsien: einfache partielle Anfälle (fokale Anfälle); komplexe partielle Anfälle (psychomotorische Anfälle); Grand mal, insbesondere fokaler Genese (Schlaf-Grand mal, diffuses Grand mal); gemischte Epilepsieformen (weitere nicht Epilepsieanwendungsgebiete)	Eslicarbamazepin	Monotherapie zur Behandlung partieller epileptischer Anfälle mit oder ohne sekundärer Generalisierung bei Erwachsenen mit neu diagnostizierter Epilepsie Begleittherapie bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern über sechs Jahren mit partiellen epileptischen Anfällen mit oder ohne sekundärer Generalisierung
Opiate	Morphin	starke und stärkste Schmerzen	Tapentadol	indiziert für die Behandlung mäßig starker bis starker, akuter Schmerzen bei Erwachsenen, die nur mit Opioidanalgetika angemessen behandelt werden können

Quellen: Fachinformation der Medikamente

3. Behandlungsregime: Aus Gründen der Standardisierung werden in den Studien nach initialer Dosisfindung in Vorstudien Standarddosierungen und Behandlungsabläufe verwendet, die eine homogene Gruppe erzwingen und die Auswertung erleichtern. Sobald aber die Behandlung für nicht junge Männer, nicht schlanke, nicht komorbiditätsfreie Patienten verwendet werden soll, fragt man sich, warum die Dosierung nicht gewichts- und metabolismusadaptiert erfolgen soll.

Im Umkehrschluss bedeuten die oben genannten schärferen Studienkriterien leider, dass, je präziser unsere Studien werden, desto größer die Lücken in der Evidenz klaffen.

Leitlinien als evidenzbasierte Entscheidungshilfe und Fallstrick

Dies lässt sich aus einfachen Beispielen ablesen, in denen ältere Medikamente im Zulassungstext üblicherweise breite und mechanismusbasierte Indikationen aufweisen, während neue Pharmaka nicht gerechtfertigterweise extrem schmale Indikationen haben. Das liegt teilweise nicht am Mechanismus der Wirkung, sondern nur an der dumpfen Übernahme der Studienkriterien, die solchermassen in Stein gemeißelt werden (Tab. 1).

Aufgrund der gesammelten Evidenz aus publizierten Studiendaten werden von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften Leitlinien publiziert, die den aktuellen Stand der belegten Erkenntnisse darstellen. Sie sind gründlich recherchiert und im Konsens abgestimmt. Darin werden Therapieempfehlungen aufgrund der Datenlage oder als Expertenkonsens formuliert. Diese Empfehlungen sind meist die beste Grundlage für Therapieentscheidungen. Jedoch ergibt sich in der Praxis aufgrund der oben skizzierten Lücken in der Evidenz, dass Patienten behandelt werden müssen, die nicht dem für die Studienteilnahme idealen Standard entsprechen: Die älter oder jünger sind, hormonell instabil, multimorbide, oder die Krankheit entspricht nur fast dem Zulassungstext: So hat unser Patient eine „Depressive Störung bei bipolarer Erkrankung“ statt eine „Major Depression“, oder die „falsche“ Form der schmerzhaften Polyneuropathie, oder „falsche Ursache“ oder „falsche Körperstelle“ des spastischen Syndroms. Es existiert also eine begründete Leitlinienempfehlung, aber keine arzneimittelrechtliche Zulassung für das Medikament. Aufgabe der Leitlinien ist dabei nicht, die Fachinformation von Medikamenten wiederzukäuen, sondern die Evidenz für

drängende therapeutische Fragen darzulegen. Um aktuelle Leitlinien auf eventuelle Probleme im Hinblick auf die Off-Label-Verordnung abzuklopfen, wurde eine zufällige Stichprobe von drei Leitlinien auf ihre Therapieempfehlung durchgesehen. Es wurden jeweils die klaren medikamentösen Empfehlungen daraufhin kontrolliert, ob der empfohlene Wirkstoff für die Symptomatik zugelassen oder off-label ist.

1. Leitlinie Myositis-syndrome [5]. Hier werden vier große Untergruppen der autoimmunen Myositiden unterschieden: Dermatomyositis (DM), Polymyositis (PM), Einschlusskörperchen- (IBM) und nekrotisierende Myositis. Unter den zugelassenen Indikationen tauchen nur DM und PM auf. Nach aktuellen Daten [6] betreffen diese beiden Entitäten aber nur etwa die Hälfte der Myositisfälle. Keines der empfohlenen Medikamente ist für alle Myositiden zugelassen, von neun sind es sechs nicht, sodass die Mehrheit der Empfehlungen off-label ist.

2. Leitlinie Idiopathisches Parkinson-syndrom [7]. Nur ein Teil der 88 Empfehlungen behandelt den Einsatz von Medikamenten. Von 24 positiven medikamentösen Empfehlungen sind zehn off-label. Die Behandlung der

frühen Erkrankung kommt dabei vorwiegend mit On-Label-Therapie aus, während die Komplikationen der fortgeschrittenen Erkrankung häufig eine Off-Label Therapie erfordern.

3. Leitlinie Demenzen [8]. Hier wird differenziert in 42 Empfehlungen die medikamentöse Behandlung vorgeschlagen. In 15 davon, also 36 % würde dabei off-label behandelt.

Insgesamt ist zu konstatieren, dass bei leitliniengerechter Pharmakotherapie der Off-Label-Einsatz unvermeidlich ist. Und zwar nicht nur in Einzelfällen, sondern je nach Erkrankung in rund einem Drittel bis über der Hälfte der Empfehlungen.

Regressdrohung und Arzneimittelprüfungen

Nachdem die Arzneimitteltherapie nicht nur im isolierten Raum des Sprechzimmers geschieht, sondern der Solidargemeinschaft über Verordnungskosten direkte und über Nebenwirkungen indirekte Kosten aufbürdet, sind hier Kontroll- und Steuerungsmechanismen unvermeidlich. Es ist unverzichtbar, dass Kriterien wie Risiko-Nutzen-Verhältnis, aber auch Kosten-Nutzen-Verhältnis in Kalkül einbezogen werden. Hier allerdings ist der Verordner auf verlorenem Posten: Wenn er die Arzneimittelkosten in seiner Praxissoftware angezeigt bekommt, sieht er nur den „Listenpreis“ und weiß, dass über Rabattverhandlungen hier Nachlässe bis 90 % (Quelle: Hörensagen) abgezogen werden. Die Ein-

ordnung als rabattfähiges Generikum oder Originalpräparat bietet hier aber eine grobe Einschätzung.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind zu Prüfungen verpflichtet und waren bisher beruhigt, dass häufige Stichproben abschreckend genug wirken. Nun gab es allerdings (Informationschriften AOK Baden-Württemberg August 2019) Kritik an der bisherigen Prüfpraxis durch den Bundesrechnungshof. Deshalb sollen in Zukunft vermehrt Einzelfallprüfanträge gestellt werden.

Es gibt Konzepte der kooperativen (angekündigten) Prüfungen, aber auch mittlerweile durch verbesserte Rechenleistung die Möglichkeit, Diskrepanzen zwischen kodierter Diagnose und Indikation des verordneten Medikamentes zu entdecken. Hier kommt jetzt die ärztliche Furcht vor der Off-Label-Falle: Wer nur einfache Parkinson-Patienten behandelt, hat wenig zu befürchten. Wer aber leitliniengerecht Parkinson-Patienten in späteren Krankheitsstadien behandelt, könnte Regressandrohungen bekommen. Während also einerseits eine gewisse Verantwortung bei der Verwendung von fremdem Geld (Versicherungsleistungen) unabdingbar ist, erscheint eine regelmäßige Regressgefahr bei Beachtung der besten vorliegenden Evidenz aus unseren Leitlinien als unakzeptabel. Die Problematik wurde vom BVDN auf Landesebene (Baden-Württemberg) mit der KV-Spitze besprochen, die das Thema zur KBV mitnehmen will.

Literatur

1. Herbert S. Der Arzt in Fesseln – und der Patient im Abseits. Deutsches Ärzteblatt 2008;105 (31–2): A1662–6
2. Kienle GS. Vom Durchschnitt zum Individuum. Deutsches Ärzteblatt 2008;105(25):A1381–4
3. BfArM: EU-Kinderverordnung Arzneimittelzulassung 2013, Retrieved 20.8.2019
4. Allergan. Fachinformation Botox. R.L.S. GmbH. Frankfurt, Rote Liste Service 2019
5. Wiendl H. Myositis Syndrome – Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie 2015; Retrieved 20.8.2019, <https://www.dgn.org/leitlinien/3011-ll-69-ll-myositis-syndrome>
6. Schmidt J. Current Classification and Management of Inflammatory Myopathies. J Neuromuscul Dis 2018;5(2):109–9
7. Deuschl G et al. Idiopathisches Parkinson-Syndrom – Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie 2016; Retrieved 20.8.2019, 2019, from https://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2016/PDFs_Download/030010_LL_langfassung_ips_2016.pdf
8. Deuschl G. et al. Demenzen – Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie 2016; Retrieved 20.8.2019, 2019, from https://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2016/PDFs_Download/038013_LL_Demenzen_2016.pdf

AUTOR

Prof. Dr. med. Wolfgang Freund

Arzt für Neurologie
und Diagnostische
Radiologie,
Psychotherapie
Waaghausstraße 9
88400 Biberach



E-Mail: freund@neurologie-biberach.de

Kleinanzeigen aus der Praxis

Praxisbörse

Neurologisch orientierte Nervenarztpraxis in fränkischer Kleinstadt abzugeben. Qualifizierte, langjährig zusammenarbeitende Mitarbeiterinnen, zentrale Lage, gute Verkehrsanbindung.

Kontakt: dr-reichwein@web.de

Ärzteteam-Ergänzung in Köln gesucht: Neurologie und/oder Psychiatrie, für umsatzstarke, seit 1986 bestehende, gut eingeführte Nervenarztpraxis Dellbrück (EEG, Elektrophysiologie, Dopplersonografie,

über 300 versorgte Heimbewohner); akut als Mutter-schaftsurlaubsvertretung im Angestelltenverhältnis bei darüber hinausgehendem Kooperationsbedarf. Überdurchschnittliches Patientenaufkommen, stark expandierender Patientenstamm und durchschnittlicher Privatpatientenanteil. LEISTUNGSORIENTIERTE Vergütung, Sie bestimmen den zeitlichen Umfang Ihres Einsatzes SELBST. **Kontakt:** alexnass@aedilo.de

Geschäftsstelle und Redaktion übernehmen keine Haftung für die Richtigkeit der in den Anzeigen gemachten Angaben.

Exklusiv für Mitglieder: kostenlos inserieren!

Mitglieder von BVDN, BDN und BVDP können ihre Such-, An- oder Verkaufsanzeige kostenlos im Neuro-Transmitter inserieren.

Und so geht's: Senden Sie Ihre Anzeige (maximal 300 Zeichen mit Leerzeichen) bitte ausschließlich per E-Mail (Fax/telefonische Anzeigenaufgabe und Chiffre sind nicht möglich) an die Geschäftsstelle in Krefeld: bvdn.bund@t-online.de

Einsendeschluss: 27. November 2019



Autismus-Spektrum-Störung im internationalen Vergleich

Erwachsene mit ASS – eine vergessene Minderheit?

Wie sieht die Lebenssituation für Menschen mit Autismus hierzulande aus? Die Autismus-Spektrum-Störung (ASS) gilt bei uns auch heute oft nur als Behinderung und nicht auch als Erkrankung. Deswegen steht die medizinisch-psychologische Versorgung vor allem bei Erwachsenen nicht im Fokus.

Das Krankheitsbild der Autismus-Spektrum-Störung (ASS) tauchte offiziell 1980 erstmalig in DSM III als „Pervasive Developmental Disorder“ auf, aber es dauerte noch Jahre bis die Diagnostik der ASS in der ICD verankert war, die in Deutschland für die Diagnosestellung ausschlaggebend ist. Beim Asperger-Syndrom dauerte es sogar bis 1994, bis es in die DSM aufgenommen wurde. Entsprechend spät wurde in Deutschland die Diagnose Asperger gestellt. Erschwerend kommt hinzu, dass die Diagnosestellung von Autismus im Erwachsenenalter besonders zeitaufwändig und daher auch sehr kostenintensiv ist. 2005 wurde in Deutsch-

land die erste universitäre Erwachsenenambulanz für Autismus an der Universität Köln durch Prof. Dr. Dr. Kai Vogele errichtet, der in den folgenden Jahren einige weitere universitäre Erwachsenenambulanzen in Freiburg, Tübingen, Heidelberg und andere folgen sollten.

Der Bedarf ist groß, wenn man bedenkt, dass national wie international die Prävalenzzahlen der ASS ansteigen und viele Menschen, besonders mit hochfunktionalem Autismus, im Kindesalter noch keine Diagnose erhalten. Im Gegensatz zu anderen Ländern in Europa – wird aber in Deutschland immer noch eine im internationalen Kontext längst überholte These diskutiert: Ist

das Asperger-Syndrom eine Modediagnose? Das ASD-Netz ist ein Autismusforschungsverbund, der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird, um neue Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten bei dieser komplexen Erkrankung zu erforschen. Seit 2015 befasst sich das ASD-Netz mit dem Thema „ASS über die Lebensspanne in unserem Gesundheitssystem“. Ein Teilprojekt (TP5) beschäftigt sich mit dem Ziel, die „Versorgung und Kosten von Autismus-Spektrum-Störungen in unserem Gesundheitssystem“ zu ermitteln. Partner dieses Projekts sind das Universitätsklinikum Marburg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, das Universitätsklinikum Dresden, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, Abteilung Klinische Psychologie, das Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften Leipzig und die Charité Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

Trotz WHO-Forderungen noch keine nationale Studie zur Prävalenz

Bisher gibt es in Deutschland keine umfassende nationale Studie zur Prävalenzzahlen bei der ASS, obwohl die WHO diese schon seit 2014 von den Mitgliedsstaaten einfordert. Für die WHO sind die „Autismus-Spektrum-Störung und andere Entwicklungsstörungen“ seit 2014 eine globale Priorität wie Demenz oder Krebs, wozu umfassende und koordinierte Bemühungen von allen Mitgliedsstaaten notwendig sind. Dazu gehören unter anderem auch nationale Prävalenzzahlen. (Tab. 1)



Im Jahr 2005 wurde die erste Erwachsenenambulanz für Autismus an der Universität Köln gegründet.

© rcfotostock / stock.adobe.com



Die jüngsten Empfehlungen von „Autism Europe“, ein Zusammenschluss nationaler und regionaler Autismusorganisationen mit Sitz in Brüssel, der sich aber auch außereuropäische Mitglieder anschlossen, orientieren sich an den Forderungen der WHO, die Grundlage für jede EU-Strategie sein sollten. Autism Europe arbeitet eng mit der EU zusammen und setzt sich seit Jahrzehnten für die Rechte von Menschen mit Autismus auf europäischer Ebene ein (beispielsweise in der „Charter for persons with autism“, 1992).

2017 veröffentlichte Autism Europe Empfehlungen zu EU-Strategien (Tab. 2). Im angelsächsischen Ausland haben alle Formen der ASS und ihre Komorbiditäten in die medizinische Diagnostik und Therapie Eingang gefunden. Auch die Qualitätskriterien dazu wurden in Großbritannien entwickelt (die SIGN Guidelines für Schottland und die NICE Guidelines für England), die für uns die Grundlage der neuen S3-Leitlinien bilden. Durch diese britischen Guidelines und nationale wie regionale Autismusstrategien sind in England und Schottland verlässliche Richtlinien für Diagnostik und Therapie der ASS in allen Altersstufen gewährleistet. Eine Autismusdiagnose wird dort nicht mehr infrage gestellt.

In England wurde 2009 ein Autismusgesetz nur für die Bedürfnisse Erwachsener verabschiedet, das Voraussetzung für die englische Autismusstrategie war. Die Infragestellung der Diagnose ASS in Deutschland ist für Menschen mit Autismus und ihre Angehörigen ein nur schwer zu ertragender Umstand, der eigentlich in einem hochentwickelten Land nicht vorkommen sollte.

Geschätzte Prävalenz: ein bis zwei Prozent

In der schottischen „Microsegmentation Study“ aus dem Jahr 2017, die sämtliche englischsprachigen Studien der Welt miteinbezieht, wurde festgestellt, dass mindestens 1 % der Bevölkerung von einer ASS betroffen ist. In den USA und

Kanada geht man sogar von 1,5–2 % aus. Daher ist es sinnvoll, sich in Deutschland an internationalen Forschungsergebnissen zu orientieren, auch bezüglich der Komorbidität der „intellectual disability“, was vor allem für eine Versorgungsplanung von Bedeutung ist. Schottland und England könnten hierbei in vieler Hinsicht Vorbilder sein, da uns beide Länder fast 20 Jahre voraus sind.

Besonders wichtig für eine Versorgungsplanung ist aber, dass nach neuesten Erkenntnissen nur etwa ein Drittel aller Betroffenen eine zusätzliche geistige Behinderung hat. Prof. Dr. Antony Bailey, Kanada, sprach in seinem Vortrag „From Science to Action“ an der Ludwig-Maximilians-Universität München im Dezember 2018 sogar von nur 20–25 % der Betroffenen mit Intelligenzminderung. Früher vermutete man, 75 % der Betroffenen hätten eine zusätzliche Intelligenzminderung. Diese Erkenntnisse sind leider in Deutschland auch in manchen Expertenkreisen noch nicht angekommen.

Inzwischen gibt es durch die Aktivitäten von Autism Europe Strategien in vielen Ländern: In Dänemark „Danish National Autism Plan 2008“, in England „Autism Act 2009“ und „Autism Strategy for Adults with Autism 2014“, in Nordirland „Autism Bill 2012“ und „Northern Ireland Autism Strategy 2013–2020“, in Schottland „The Scottish Strategy for Autism 2011“, in Wales „Strategic Action Plan Wales 2008–2018“, in Ungarn „Hungarian National Autism Strategy 2008–2013“ und weitere in Bulgarien und Spanien. In Frankreich plant Präsident Emanuel Macron, knapp 600 Millionen € für eine Autismusstrategie auszugeben. Und auch außerhalb der EU wurden nationale Strategien für Autismus entwickelt, wie beispielsweise in den USA, Kanada oder Australien.

Die schottische Autismusstrategie war eine der wichtigsten Entdeckungen, die ich nur durch langjährigen Kontakt zu Autism Europe und zu meinen schottischen Freunden, die ich auf einem der Kongresse kennenlernte, machen konn-

» In England wurde bereits im Jahr 2009 ein Autismusgesetz nur für die Bedürfnisse Erwachsener verabschiedet «

Forschung in den Kinderschuhen

„Die Autismusforschung im Erwachsenenalter in Deutschland befindet sich gerade noch in den Kinderschuhen. Nur an sehr wenigen universitären und noch weniger nicht universitären Einrichtungen besteht überhaupt eine qualifizierte Kompetenz zur Diagnostik und Therapie von ASS ... Damit ist die Herausforderung der nächsten Dekade wahrscheinlich in erster Linie die, in diesem Bereich eine diagnostische und therapeutische Kompetenz zu fördern und zu etablieren.“

Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst, stellvertretender Direktor der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg (lesen Sie dazu auch ab S. 38.)

te. Seit fast zwei Jahrzehnten besuche ich mit meinem erwachsenen autistischen Sohn die Kongresse von Autism Europe. Auf einem dieser Kongresse knüpfte ich Kontakte zu einem schottischen College, das schon im Jahr 2003 Studenten mit Behinderung („special needs“), darunter auch Autismus, inklusiv unterrichtete. Inklusion war damals bereits Gesetz in Schottland. Das College hatte eine eigene Abteilung, die nur für die Inklusion dieser Studenten in die Regelstudiengänge zuständig war. Es entstand ein bis heute lebendiger Kontakt zum „SRUC Elmwood Campus“ in Schottland und ein Austausch in Form von Studienreisen für junge Erwachsene mit ASS aus beiden Ländern.

Seitdem sind viele schottische Studenten mit ASS nach Bayern gekommen und bayerische Erwachsene unserer Selbsthilfegruppe „Menschen im Autismus Spektrum“ (MAS), die ich 2002 gegründet hatte, konnten anregende Studientage an einem schottischen College verbringen.

Die Entwicklung von Autismus in Deutschland

1970 entstand der Elternverband „Hilfe für das autistische Kind“ im Norden Deutschlands. 1977 wurde durch diesen Elternverband das erste Autismustherapie-Institut in Langen bei Frankfurt gegründet. Die Übernahme der Therapiekosten erfolgte nach BSGH, das heißt die Therapiekosten wurden, wie in allen spä-



© Winfried Rothermel / picture alliance

In Sachen Versorgung von Erwachsenen mit ASS ist uns Großbritannien um Jahre voraus.

ter errichteten Therapiezentren des Bundesverbands, über die Eingliederungshilfe finanziert und nicht über die Krankenkassen. Dies ist bis heute so. Die ASS wurde damals in enger Verbindung mit Intelligenzminderung gesehen und somit ausschließlich als Behinderung (Mehrfachbehinderung) eingestuft und nicht als Erkrankung. Das interdisziplinäre Hilfsangebot der Therapiezentren des Elternverbands orientierte sich an dieser Sichtweise. Dadurch wurden keine Ärzte an den Therapiezentren beschäftigt, sondern nicht medizinische Therapeuten, darunter auch Psychologen. Diese Autismustherapiezentren für Kinder und Jugendliche gibt es heute in fast allen Bundesländern. Sie arbeiten noch immer nach demselben Prinzip.

Erst 1976 wurde in Bayern ein Elternverband gegründet. Therapiezentren aber gibt es hier bis heute nicht. Vor etwa zehn Jahren erfolgte die Umbenennung des Elterndachverbands „Hilfe für das autistische Kind“ in „autismus Deutschland“. Die Regionalverbände folgten dem Namenswechsel. Schwerpunkt aber blieben Kinder und Jugendliche. Zur Beratung wurde ein wissenschaftlicher Beirat berufen. 2008 konnten dann Erwachsene mit ASS in Bayern selbst in einen regionalen Elternverband eintreten, wodurch sie automatisch Mitglied bei

autismus Deutschland wurden. Ein eigenes Stimmrecht für ihre Belange haben sie bis heute nicht wirklich, weil das Stimmrecht bei autismus Deutschland pauschal vom Vorsitzenden eines Regionalverbands für alle Mitglieder seiner Region wahrgenommen wird. Auch beitragszahlende Einzelmitglieder haben bei autismus Deutschland kein Stimmrecht.

Die Ausrichtung der unterstützenden Maßnahmen für Menschen mit ASS orientierte sich auch in regionalen Elternverbänden hauptsächlich an den Bedürfnissen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ASS und zusätzlicher Intelligenzminderung. Auf diese Weise entstand ein umfangreiches Netzwerk an Einrichtungen, meist mit Schwerpunkt geistige Behinderung, in denen auch Menschen mit ASS untergebracht wurden.

Seit etwa zehn Jahren gibt es Vorstöße, die Bedürfnisse von Erwachsenen mit hochfunktionalem Autismus anzuerkennen und sich um deren Inklusion in Schule, Beruf und Gesellschaft zu bemühen. Daher schlossen sich Erwachsene mit ASS im Norden von Deutschland zum Verein „Aspie e. V.“ zusammen, der aber nur in nördlichen Regionen aktiv ist. In anderen Bundesländern entstand eine Vielzahl kleinerer Selbsthilfinitiativen Erwachsener mit ASS, die wenig untereinander vernetzt, aber von den Regionalverbänden meist unabhängig sind.

Für viele Erwachsene mit ASS ist es behinderungsbedingt schwierig, zusätzliche organisatorische Aufgaben zu übernehmen, da sie mit der Organisation ihres eigenen Lebens bereits überlastet sind. Ein „Empowerment-Training“, das dazu nötig wäre, wurde leider bisher auch von den Autismuskompetenzzentren, die 2008 in Bayern errichtet wurden, für diesen Personenkreis nicht angeboten.

Was die Situation der Erwachsenen betrifft, stellt das ASD-Netz fest, dass außer wenigen qualifizierten universitären Spezialsprechstunden nur eine geringe Zahl kompetenter und erfahrener Spezialambulanzen zur Verfügung steht. Und Christian Bachmann vom ASD-Netz erläutert auch, warum bei uns der Eindruck entsteht, dass es nur wenige Er-

Tab. 1: WHO-Forderungen nach umfassenden koordinierten Bemühungen für den Umgang mit der ASS aus dem Jahr 2014

Wichtig sind folgende Punkte:

- die speziellen Nöte von Menschen mit ASS anzuerkennen
- entsprechende Strategien und multisektorale Pläne in Übereinstimmung mit der Resolution WHA 65.4 zu entwickeln oder zu aktualisieren und implementieren
- die Forschung und Kampagnen zu unterstützen, um die Öffentlichkeit zu erreichen
- das Gesundheits- und Sozialwesen so auszubauen, dass autismusspezifische Dienste passend für alle Menschen mit ASS und andere Entwicklungsstörungen vorgehalten werden können
- die Frühförderung zu verbessern
- den Fokus der Versorgung hin zu gemeindenahen ambulanten Diensten zu richten
- die Stärkung verschiedener Ebenen der Infrastruktur, hierzu zählen Pflege, schulische Ausbildung, Unterstützung, Intervention, Dienste und Rehabilitation
- Unterstützung durch einen „best practice“-Austausch und Verbreitung des Wissens und der Erkenntnisse über die ASS
- auch andere Länder in diesem Wissen über ASS zu unterstützen
- soziale und psychologische Unterstützung für Menschen mit ASS und ihre Familien bereitzustellen
- Anerkennung des Beitrags, den Erwachsene mit ASS im Arbeitsleben leisten können, in dem die Partizipation am Arbeitsleben fortlaufend gefördert wird
- die Identifizierung und Nennung von Ungleichheiten im Zugang zu Diensten für Menschen mit ASS und anderen Entwicklungsstörungen
- Verbesserung von Gesundheitsinformationen und Monitoring-Systemen, die Daten der ASS und anderer Entwicklungsstörungen erfassen, dazu gehört auch eine Feststellung des Bedarfs auf nationaler Ebene als Teil des Prozesses!
- die Förderung und Unterstützung kontextspezifischer Forschung im Gesundheitswesen und Aspekte der Dienstleistungen für die ASS und andere Entwicklungsstörungen, die Stärkung internationaler Zusammenarbeit in der Autismusforschung

Quelle: Assembly, Genf, Mai 2014 – WHA67/2014/REC/1

wachsene mit ASS gibt, was internationalen Zahlen widerspricht: „Die deutlich geringeren Prävalenzen von ASS-Diagnosen bei Versicherten mit einem Alter über 24 Jahren erklären sich daraus, dass



in dieser Altersgruppe der Anteil der nicht diagnostizierten Personen mit ASS deutlich größer ist. Dies liegt daran, dass das Störungsbild Autismus erst in den letzten Jahren und Jahrzehnten stärker sowohl in das öffentliche Bewusstsein als auch in das der Mediziner gerückt ist und deshalb häufig keine alters-typische Diagnose (das heißt im Kindes- und Jugendalter) erfolgte. Eine Diagnose im Erwachsenenalter wird dadurch erschwert, dass es keine standardisierten diagnostischen Verfahren und nur wenige spezialisierte ASS-Ambulanzen für Erwachsene gibt.“

»In Deutschland steht nur eine geringe Zahl kompetenter und erfahrener Spezialambulanzen für Erwachsene zur Verfügung.«

Alle Erwachsenenambulanzen für Autismus in Deutschland haben lange Wartezeiten und können den Anfragen von Patienten aus anderen Bundesländern nicht nachkommen. Dabei zeigen internationale Forschungen, dass eine Erstdiagnostik der ASS als Primärerkrankung im Erwachsenenalter besonders wichtig ist, wegen der zahlreichen Komorbiditäten, die bei Vorliegen einer ASS andere therapeutische Maßnahmen erfordern. Jüngste Studien aus Schweden und Großbritannien zeigen, dass Depression und Suizidalität bei hochfunktionalem Autismus eine besondere Herausforderung darstellen.

Wenig verwunderlich ist in dieser Situation, dass die aktuelle ASD-Netz-Studie von Höfer et al. einen überraschend häufigen Gebrauch von alternativmedizinischen Angeboten bei Erwachsenen mit ASS in Deutschland feststellt und zu dem Ergebnis kommt, dass „Gesundheitsexperten den signifikanten Gebrauch alternativmedizinischer Angebote von Erwachsenen mit ASS kennen sollten, damit sie Patienten ermutigen können, die Effektivität und die potenziell gefährlichen Nebenwirkungen einer alternativmedizinischen Behandlung kritisch zu betrachten“. Die Anwendung von nicht evidenzbasierten Methoden geht sogar so weit, dass Regionalverbände von autismus Deutschland eine Methode wie die „Gestützte Kommunikation – Facilitated Communication“, vor deren Anwendung bei Menschen mit

ASS in den NICE-Guidelines als Grundlage für die S3-Leitlinien explizit gewarnt wird, immer noch anwenden und durch Kurse weiterverbreiten. Dadurch fand die seit langem umstrittene Methode sogar Eingang in Lehrerempfehlungen

eines Kultusministeriums. Vielleicht wäre eine solche Entwicklung verhindert worden, wenn es in Deutschland verbindliche, mit Wissenschaft und

Forschung erarbeitete Empfehlungen für wissenschaftlich anerkannte therapeutische Maßnahmen für Betroffene geben würde.

Forderung nach Forschung in ganz Deutschland

Auch eine partizipative Autismusforschung wäre überall in Deutschland hilfreich, wie es sie seit 2007 lediglich in Berlin gibt, in der von Prof. Dr. Isabel Dziobek initiierten Autismusforschungskooperation (AFK). Dies ist ein Zusammenschluss autistischer Menschen mit Autismuswissenschaftlern der Humboldt Universität Berlin. Die britische Charity Autistica ist ein besonderes Vorbild für partizipative Autismusforschung. Sie ermittelt partizipativ die wichtigsten Forschungsprojekte im Bereich Autismus für Menschen mit ASS und ihre Familien in Großbritannien, greift sie auf und realisiert sie.

Ein gravierendes Problem in Deutschland betrifft aber die Autismusexperten selbst: Überall in Deutschland ist es schwierig, gut ausgebildete, erfahrene Diagnostiker und Therapeuten für Autismus zu finden. In Ausbildung und Studium der Medizin, Psychologie oder Pädagogik und in allen anderen diesbezüglichen Berufssparten wird die ASS noch immer zu wenig thematisiert. Trotz einer Vielzahl von Berufsbildern, für die eine Kompetenz für die Erkrankung nötig ist, gibt es keine verbindliche, universitäre Spezialausbildung für die ASS mit staatlich anerkanntem Abschluss. Auch im Bereich niedergelassener Erwachsenenpsychiater, behandelnder Psychologen und Psychotherapeuten existieren nur wenige Spezialisten. Oft wird wegen

Tab. 2: Autism Europe: Empfehlungen für eine Autismusstrategie

Eine EU Strategie für Autismus sollte folgende Aktionsziele beinhalten:

1. die Ermutigung der Mitgliedsstaaten nationale Strategien oder Aktionspläne für ASS zu übernehmen in Übereinstimmung mit der UN-Konvention für Menschen mit Behinderung und internationalen Empfehlungen
 2. die Förderung der Koordination aller relevanten Strategien im Bereich der ASS zwischen den Mitgliedsstaaten
 3. Richtlinien zu erstellen, die evidenzbasierte Methoden zusammenführen und die Qualität der Unterstützung, Fürsorge und Inklusion innerhalb Europas fördern
 4. Übernahme von „best practice“-Beispielen und Unterstützung des Austausches zwischen den Mitgliedstaaten
 5. Förderung der Ausbildung von Profis, interdisziplinär und in allen Bereichen, unterstützt durch EU-Fonds
 6. Unterstützung der Forschung, Expertennetzwerke und Partnerschaften für einen Fortschritt innerhalb Europas
 7. Unterstützung und Miteinbeziehung repräsentativer Nichtregierungsorganisationen während des gesamten Prozesses
- Folgende Kerngebiete wurden ermittelt und sollten durch zukünftige Strategien erreicht werden:

- Screening und Diagnose
- postdiagnostische Unterstützung inklusive Gesundheitspflege
- Zugang zu inklusiver angepasster Erziehung und Beschulung
- Zugang zu individualisierter Unterstützung und Inklusion während des gesamten Lebens, auch des Arbeitslebens
- Unterstützung für Familien
- Training für Professionelle
- Möglichkeit, unabhängig zu leben mit unterstützenden Diensten vor Ort
- Empowerment für Menschen mit ASS und ihre Familien
- Unterstützung in rechtlichen Fragen und Zugang zur Rechtsprechung
- Autismusforschung zur Verbesserung der Lebensqualität
- Förderung der „Autismus Awareness“

LINK Autisme Europe 2017, Recommendations for a European Strategy on Autism

mangelnder Erfahrung eine Behandlung von Erwachsenen mit ASS abgelehnt. Deshalb sollte baldmöglichst ein interdisziplinäres, universitäres Studienaufbauprogramm für die ASS mit Masterabschluss wie in Schottland eingeführt



werden. Auch speziell entwickelte, autismspezifische Therapieprogramme sind dringend erforderlich, weil Erwachsene mit ASS besonders von Jobverlust und Arbeitslosigkeit bedroht sind, und das Leben der Betroffenen nicht nur durch die ASS, sondern auch durch eine Vielzahl psychischer Komorbiditäten erschwert wird. Inzwischen gibt es zwar einige Bemühungen, doch diese reichen nicht aus, um die vorhandenen Lücken zu füllen.

2006 habe ich mit der MAS-Selbsthilfegruppe für Erwachsene eine Petition für ein Autismuszentrum in Bayern eingereicht. 2008 erfolgte die Er-

richtung von Autismuskompetenzzentren in allen bayerischen Bezirken, die jedoch nur eine beratende Funktion haben. Die meisten besitzen keine psychologische Leitung, die für eine Weiterentwicklung nötig wäre, wie vom Verband der Bezirke und der MAS-Selbsthilfe gefordert. Leider sind die Zentren auch nicht ausreichend mit Wissenschaft und Forschung vernetzt. 2017 reichte ich mit der MAS-Selbsthilfe eine zweite Petition im Bayerischen Landtag ein für einen Lehrstuhl für Autismusforschung im Bereich der Erwachsenenmedizin. Diese Petition wurde 2018 mit Würdigung positiv entschieden und an die Ludwig-Maximilians-Universität München weitergereicht, an der sich nun Prof. Dr. Peter Falkai für eine Verwirklichung engagiert.

2018 beschloss der Bayerische Landtag, eine Autismusstrategie für den Freistaat zu entwickeln. Das Projekt wurde im Juli 2018 in München gestartet. An dieser Vorstufe einer Strategie arbeiten inzwischen verschiedene Gruppen, darunter Betroffene, Angehörige, Vertreter aus Wissenschaft und Forschung sowie aus verschiedenen Ministerien und Behörden. Was daraus entsteht, bleibt abzuwarten. Die Vorbereitungsphase der bayerischen Autismusstrategie soll bis 2021 dauern.

Die Lebenssituation von Menschen mit ASS in Deutschland bleibt im Vergleich zu anderen EU-Ländern unein-

heitlich und unbefriedigend. Zur Verbesserung der Situation könnten folgende Punkte beitragen:

1. Die Entwicklung einer **Autismus Policy**, durch welche die Sichtweise verändert wird: Dabei sollte nicht nur der Aspekt der Behinderung Beachtung finden, sondern die ASS sollte mit all ihren Komorbiditäten als Erkrankung im Fokus stehen. Das bedeutet, dass auch Aspekte der Gesundheitsför-

derung gemäß der Ottawa Charta miteinfließen, ebenso wie alle Forderungen der WHO bezüglich der ASS. Nur so könnte künftig Diagnostik, Therapie und Autismusfor-

schung in Deutschland internationalen Standards entsprechen.

2. **Universitäre Autismusambulanzen** für Erwachsene zur Diagnostik, in denen auch Therapieprogramme zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Betroffenen entwickelt werden, sollten flächendeckend eingerichtet werden. Notwendig sind auch evidenzbasierte Therapieempfehlungen und eine ambulante, autismspezifische Begleitung über die Lebensspanne durch niedergelassene Erwachsenenpsychiatern, damit stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden werden können.

3. Eine **Stärkung der Autismusforschung** und ein intensiverer Austausch aller, mit Autismus befassten Disziplinen durch interdisziplinäre Autismusforschungsgruppen, die Medizin, Psychologie und Pädagogik in intensiveren Kontakt bringen und sich der Versorgungsforschung widmen, ist notwendig. Es wäre wünschenswert, dass diese Forschungsgruppen partizipativ mit Erwachsenen mit ASS und ihren Angehörigen zusammenarbeiten, wie dies in Großbritannien der Fall ist.

4. Wesentlich ist auch die Verbesserung der **Aus- und Weiterbildung** von Ärzten, Psychologen und Pädagogen und aller anderen involvierten Berufssparten durch ein interdisziplinäres, universitäres **Aufbaustudium Autismus mit akademischen Abschluss** und In-

itiativen zur Weiterbildung niedergelassener Erwachsenenpsychiatern und anderer Ärztegruppen. Außerdem wäre ein intensiverer Austausch zwischen Kinder- und Erwachsenenpsychiatrie wichtig zur Verbesserung des Übergangs und der Begleitung von Erwachsenen mit ASS durch ihr gesamtes Leben.

Die deutsche Versorgungslandschaft könnte durch eine nationale Autismusstrategie gemäß der WHO-Forderungen und den Empfehlungen von Autism Europe grundlegend verbessert werden. Dabei kommt einer autismspezifischen ambulanten Begleitung in allen Altersgruppen ein besonderer Stellenwert zu. Für eine Verbesserung der Situation müssten noch viele Mitstreiter in Politik und Fachkreisen gefunden werden. Wenn man aber bedenkt, dass es um die Zukunft von Menschen mit ASS geht, die bisher keinerlei Lobby hatten und kaum gesehen wurden, müsste dies möglich sein. Denn Menschen mit ASS könnten einen wichtigen Beitrag für unsere Gesellschaft leisten, wenn sie in der richtigen Weise unterstützt würden.

Literatur bei der Verfasserin

AUTORIN

Dorothea Heiser M. A.

Gründerin der MAS-Selbsthilfegruppe

E-Mail: dorotheeheiser@web.de

Studium der Anglistik und Germanistik in Tübingen, Leeds/Großbritannien und Freiburg im Breisgau mit Magisterabschluss.

Langjährige Mitarbeit in der Nervenarztpraxis des Ehemanns, zwei erwachsene Söhne, einer mit ASS, und eine erwachsene Tochter.

2002 Gründung der MAS-Selbsthilfegruppe für Erwachsene mit ASS und Angehörige





Kongressbesuche und Co.

Fortbildungskosten steuerlich richtig absetzen

Jeder Arzt investiert viel Zeit in seine eigene Fortbildung. Die Kosten für den Besuch von Kongressen oder die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen können bei der Steuer abgesetzt werden, wenn diese beruflich veranlasst sind.

Die Kosten für die Teilnahme an Kongressen, Fortbildungsvorträgen und Qualitätszirkeln lassen sich steuerlich als Werbungskosten oder Betriebsausgaben geltend machen, sofern sie beruflich veranlasst sind. Der Bundesfinanzhof (BFH, Aktenzeichen VI R 22/01) entschied dazu im Jahr 2002, dass die private Lebensführung des Arztes hierbei nicht oder nur in unwesentlichem Umfang einfließen darf. Der Fortbildungsinhalt muss ärztlicher und oder beruflicher Natur sein. Allgemeinbildende Inhalte gelten nicht als beruflich veranlasst.

Nachweise und Bescheinigungen sind Pflicht

Nach § 12 Einkommensteuergesetz (EStG) dürfen Kosten für die private Lebensführung nicht steuerlich geltend gemacht werden. Der Arzt muss anhand objektiver Kriterien nachweisen können, dass die Fortbildung betrieblich veranlasst war. Hierzu kann er beispielsweise die Tagesordnung des Seminars oder die für die erfolgreiche Teilnahme erhaltene Fortbildungsbescheinigung einreichen. Der Arzt kann beispielsweise die folgenden Kosten steuerlich ansetzen:

- Kosten der benutzten Verkehrsmittel,
- Unterbringungskosten,
- Eintritts-, Zertifizierungs- oder Veranstaltungsgebühren,
- notwendige Literatur oder Handwerkszeug beispielsweise bei Operationskursen,
- Ernährungskosten in gewissem Umfang.

Die Finanzverwaltung prüft gemäß bestimmter Kriterien, ob die Veranstal-

tung überwiegend beruflicher Natur war oder eher – beziehungsweise zum Teil der Freizeitgestaltung diene. Für Allgemeinbildungs- oder Freizeitaspekte sprechen eine zeitlich aufgelockerte und mit größeren Pausen oder Ausflügen versehene Tagesordnung, womöglich noch in einer touristisch sehr attraktiven Region und mit nicht ärztlichen Teilnehmern.

Strengere Prüfung bei Fortbildung an attraktivem Ort

Als beruflich veranlasst gelten Fortbildungsveranstaltungen von täglich mindestens sechs Stunden Dauer, mit stark berufsbezogenen Vortragsthemen, komprimiertem Veranstaltungsablauf auch am Wochenende, verpflichtender und kontrollierter Teilnahme, ausschließlich ärztliche Teilnehmer sowie An- und Abreise zeitnah zu Veranstaltungsbeginn und -ende. Findet die Fortbildung im Ausland oder an touristisch besonders attraktiven Orten statt und erfolgen An- oder Abreise deutlich früher oder später zum ausgewiesenen Programm, so muss seitens des Finanzamtes mit erhöhten Prüfanforderungen gerechnet werden.

Finanzamt kann Kosten in beruflich und privat splitten

Dies trifft auch zu, wenn der Ehepartner den Arzt begleitet. In solchen Fällen kann das Finanzamt die Reisekosten in einen beruflichen und privaten Teil splitten. Beispielsweise kann bei einer insgesamt siebentägigen Reise mit viertägigem ärztlichem Fortbildungsprogramm von mindestens sechs Stunden Dauer

Sie fragen – wir antworten!

Haben Sie in Ihrer Praxis ein wenig zufriedenstellend gelöstes oder gar ungelöstes Problem, das auch in anderen Praxen relevant sein könnte? Wir versuchen, uns kundig zu machen, und publizieren einen entsprechenden – nicht rechtsverbindlichen – Lösungsvorschlag. Eine Haftung ist ausgeschlossen. Auf Wunsch sichern wir jedem Ratsuchenden auch Anonymität zu. Schreiben Sie mit dem Betreff „Praxisprobleme“ an:
bvdn.bund@t-online.de

pro Tag eine Splittung der Kosten im Verhältnis drei zu vier erfolgen. Allein ein attraktiver Veranstaltungsort darf jedoch nicht zu einer Nichtanerkennung des steuerlichen Ansatzes der Kosten führen.

Fazit: Findet die Fortbildungsveranstaltung an einem besonders attraktiven Ort statt und besteht die Absicht zusammen mit dem Partner zuvor oder danach dort noch ein paar Urlaubstage zu verbringen, sollte man sich bereits vor Reiseantritt gegebenenfalls zusammen mit dem Steuerberater Gedanken über die steuerliche Gestaltung machen. Beim Nachweis der beruflichen Relevanz sind die Programmunterlagen und möglichst der Beleg der tatsächlichen ausreichend langen Kursteilnahme erforderlich und den Steuerunterlagen beizulegen.

AUTOR

**Dr. med.
Gunther Carl**

Stellvertretender
Vorsitzender des BVDN
Facharzt für Neuro-
logie, Psychiatrie
und Psychotherapie
Friedenstraße 7
97318 Kitzingen

E-Mail: carlg@t-online.de



Fortbildung

Die unbekannteren Krankheiten der Psychiatrie

ADHS bei Erwachsenen häufig übersehen

15–20 % aller ambulanten psychiatrischen Patienten leiden an der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Da gerade im Erwachsenenalter oft jedoch gleichzeitig deutlich mehr im Vordergrund stehende komorbide Störungen vorliegen, wird die Diagnose ADHS häufig übersehen.

GÜNTHER ENDRASS

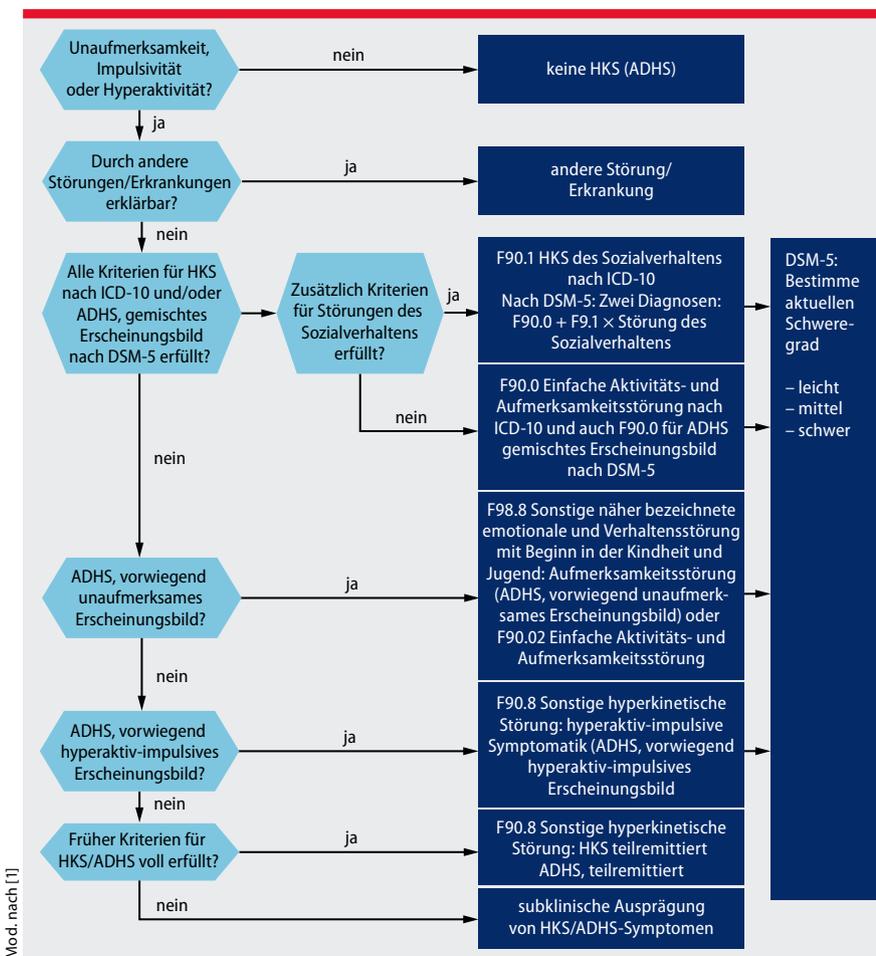


Abb. 1: Differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum für eine hyperkinetische Störung (HKS) nach ICD-10 und eine ADHS nach DSM-5

Erwachsene Patienten mit ADHS sind zahlreicher, als Patienten mit vielen anderen psychischen Erkrankungen wie etwa einer Psychose oder Schizophrenie. Die ADHS-Häufigkeit in der Bevölkerung liegt bei geschätzten 3–5 %, der Anteil an ambulanten psychiatrischen Patienten nach Erhebung zwischen 15,3 % und 22,0 % [1]. Wegen dieser hohen Prävalenzzahlen in psychiatrischen Populationen wurden bereits in einigen Studien noch höhere Prävalenzen, um die 50 % bei vollstationären psychiatrischen Patienten ermittelt [2, 3]. Dennoch wird nach unserer Erfahrung im klinischen Alltag die Diagnose ADHS in dieser Gruppe aufgrund anderer, im Vordergrund stehender Diagnosen oft nicht gestellt.

Häufig komorbide Störungen bei Erwachsenen mit ADHS

Im Erwachsenenalter sind bei ADHS komorbide Störungen häufig. Insbesondere finden sich depressive Erkrankungen und bipolare Störungen (bis 30 %), Angststörungen (bis 30 %) verschiedene Formen von Persönlichkeitsstörungen (bis 30 %) sowie Alkohol- und Drogensucht (bis 30 %). Gleichzeitig kann es bei Störungen mit ähnlicher oder überlappender Psychopathologie zu Abgrenzungsproblemen kommen. Dies betrifft vor allem die Borderline-Persönlichkeitsstörung, Manie und Hypomanie [4].



In der Annahme, dass es sich bei stationär behandelungsbedürftigen Patienten um besonders schwer ausgeprägte Manifestationen dieser Komorbiditäten handelt, ist zu vermuten, dass gerade hier die basale ADHS so überlagert wird, dass eine korrekte Diagnosestellung erschwert ist. Eine fehlende ADHS-Diagnose und Behandlung kann sich allerdings negativ auf den Therapieerfolg der genannten Komorbiditäten auswirken. Eine erfolgreiche Behandlung der „darunter liegenden ADHS“ kann helfen, über eine Verbesserung der Kernsymptome der ADHS auch die Komorbiditäten in den Griff zu bekommen.

Affektive und Persönlichkeitsstörungen als Vordiagnose

Als Folge dieser Unterdiagnostik ambulant als auch stationär finden sich bei erst im Erwachsenenalter diagnostiziertem ADHS-Betroffenen oft zahlreiche ambulante und/oder stationäre Vordiagnosen und ein wechselndes Spektrum an Diagnosen besonders aus dem Bereich der affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Dabei ist es eine regelmäßige klinische Erfahrung, dass es häufig erst nach der ADHS-Behandlung zu durchgreifenden Behandlungsverbesserungen von zuvor scheinbar therapieresistenten Verläufen von Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen oder auch bestimmten Formen von Suchterkrankungen kommt.

Grundlage einer in solchen Fällen immer sinnvollen ADHS-Diagnostik ist die 2018 veröffentlichte, nun erstmals vorliegende S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Damit wurde zum ersten Mal im deutschsprachigen Bereich eine interdisziplinäre, evidenz- und konsensbasierte Leitlinie veröffentlicht, die die gesamte Lebensspanne umfasst, und die gemeinsam von den drei relevanten medizinischen Fachgesellschaften herausgegeben wurde [5]. Auch für das Erwachsenenalter sind die diagnostischen Kriterien der ICD-10

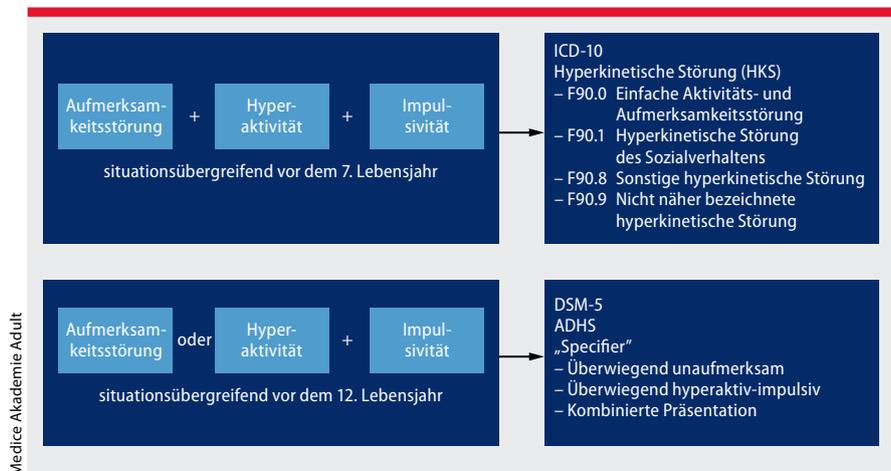


Abb. 2: ADHS-Klassifikation: ICD-10 und DSM-5

DSM-IV	DSM-5
Symptome sind vor dem 7. Lj. aufgetreten	Symptome sind vor dem 12. Lj. aufgetreten
Je 9 Kriterien aus den Bereichen Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/ Impulsivität wurden definiert	18 Kriterien von DSM-IV wurden beibehalten
6 von 9 Kriterien aus dem Bereich Aufmerksamkeitsdefizit und/oder Hyperaktivität/Impulsivität müssen erfüllt sein	Bei Personen ab 17 Jahren müssen 5 von 9 Kriterien (bis 17 Jahre 6 von 9 Kriterien) aus dem Bereich Aufmerksamkeitsdefizit und/ oder Hyperaktivität/ Impulsivität erfüllt sein
ADHS und Autistische Störung schließen sich aus	ADHS und Autistische Störung schließen sich nicht aus
Aufteilung in Subtypen	Aufteilung in „Specifier“ – zusätzlich wird der Schweregrad angegeben (leicht, mittel, schwer)
Restkategorie „ADHS not otherwise specified“	Restkategorie „Other specified ADHD“ und „Unspecified ADHD“

Abb. 3: Vergleich DSM-IV und DSM-5

(zukünftig ICD-11) und des DSM 5 maßgeblich. Ein diagnostischer Entscheidungsbaum (Abb. 1) bietet eine Übersicht zu den verschiedenen diagnostischen Lösungsmöglichkeiten.

In den Leitlinien empfohlen wird unter anderem die manualisierte Diagnostik anhand der Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE) [6], die auch als computergestützte Variante (Integrierte Diagnose ADHS im Erwachsenenalter, revidiert: IDA-R) [7] vorliegt. Neben der WHO-Screening-Skala ADHS kann der ADHS-SB (ADHS-Selbstbeurteilungsfragebogen), eventuell auch in Kombination mit der WURS-k (Wender Utah Rating Scale) der HASE, für das Screening ausreichen. So ermöglichte die Kombination beider nach einer

aktuellen Studie im ambulanten Bereich eine ADHS-Diagnose bei 83 % der untersuchten Patienten mit einer Sensitivität von 94 % und einer Spezifität von 56 % korrekt zu stellen [8].

Unterschiede zwischen DSM-IV, DSM-5 und ICD-10

Dabei sind die bestehenden Unterschiede zwischen DSM-IV zu DSM-5 sowie ICD-10 zu berücksichtigen. So wurde aufgrund der Studienlage im DSM-5 die Altersgrenze für das Kriterium der Symptommanifestation situationsübergreifend von bisher vor dem 7. Lebensjahr (auch im ICD-10) auf das 12. Lebensjahr angehoben. Während im ICD-10 noch eine signifikante Anzahl von Symptomen aus allen drei Bereichen (Aufmerk-



samkeitsstörung, Hyperaktivität, Impulsivität) gefordert wird, sind im DSM-5 eine signifikante Anzahl von Symptomen einer Aufmerksamkeitsstörung und/oder Hyperaktivität und Impulsivität für die Diagnosestellung ausreichend (Abb. 2). Dies ist wesentlich zur Erfassung auch der ADS, also von Betroffenen mit dem Schwerpunkt Unaufmerksamkeit ohne Hyperaktivität, wie sie häufiger beim weiblichen Geschlecht vorliegt und deshalb bisher bei Frauen zu einer Unterdiagnostik geführt hat.

Im DSM-5 wurde auch die Anzahl der zu erfüllenden Kriterien bei Personen ab dem 17. Lebensjahr von sechs auf fünf von neun Kriterien abgesenkt (Abb. 3). Da nach den empirischen Untersuchungen eine hohe wechselseitige Komorbidität zwischen ADHS und Autismus-Spektrum-Störungen besteht, schließt ein di-

agnostizierter Autismus nach DSM-5, anders als im DSM-IV, eine ADHS-Diagnose sich jetzt nicht mehr aus.

Erfüllt ein Erwachsener mit AD(H)S die diagnostischen Kriterien, sollte geprüft werden, welche Behandlungsoptionen möglich sind und von den Patienten gewünscht werden (partizipative Entscheidungsfindung, differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum mit den Optionen einer psychosozialen und/oder psychotherapeutischen und/oder pharmakotherapeutischen Behandlung von Erwachsenen mit ADHS (Abb. 4).

Bei der Therapieauswahl sollten persönliche Faktoren, Umgebungsbedingungen beruflich und privat, der Schweregrad der Störung sowie komorbide Störungen berücksichtigt werden. Eine umfassende Psychoedukation (hilfreich sind hierbei auch schriftliches Informa-

tionsmaterial oder qualifizierte Internetseiten wie www.zentrales-adhs-netz.de) soll immer initial erfolgen.

Pharmakologische Interventionen

Im Gegensatz zur Situation bei Kindern und Jugendlichen wird im Erwachsenenalter eine Pharmakotherapie schon als primäre Behandlungsoption – neben der initialen Psychoedukation – bei leichter, moderater und schwerer Symptomausprägung mit entsprechenden funktionellen Einschränkungen, durchgeführt. Als mögliche Option der Behandlung kommen zwei Methylphenidat (MPH)-Präparate (Medikinet® Adult, Ritalin® Adult) sowie Atomoxetin (Strattera®, seit Ende Mai 2019 generisch) infrage. Entsprechend der S3-Leitlinie soll bei Patienten, bei denen keine oder keine schwerwiegenden koexistierenden Störungen vorliegen, zunächst eine Behandlung mit Stimulanzien gewählt werden. Dies gilt auch für Patienten mit komorbider antisozialer Persönlichkeits- oder komorbider Angststörung (hier Stimulanzien oder Atomoxetin empfohlen). Bei Personen mit ADHS und Substanzkonsum sollen langwirksame Stimulanzien oder Atomoxetin verschrieben werden.

Wenn sich eine Stimulantientherapie trotz Aufdosierung auf die maximal tolerierbare Dosis als ineffektiv erweist, soll Atomoxetin gewählt werden. Bei fehlender Wirksamkeit oder Unverträglichkeit von MPH oder Atomoxetin kann entsprechend das jetzt auch im Erwachsenenbereich zugelassene Lisdexamfetamin (Elvanse adult®) verordnet werden. Wenn die ADHS-Symptomatik weder auf Methylphenidat oder Atomoxetin oder Lisdexamfetamin anspricht, kann eine Kombination der Wirkstoffe erwogen werden.

Stimulanzien mit unterschiedlicher Art der Retardierung

Die beiden zugelassenen MPH-Präparate haben eine unterschiedliche Art der Retardierung und Wirkungsdauer. Sie werden jeweils beginnend mit 10 mg morgens mit möglicher Dosiswiederholung nach 6 Stunden (Medikinet® adult) beziehungsweise 8 Stunden (Ritalin® adult) mit wöchentlicher Dosissteigerung um 10 mg schrittweise aufdosiert.

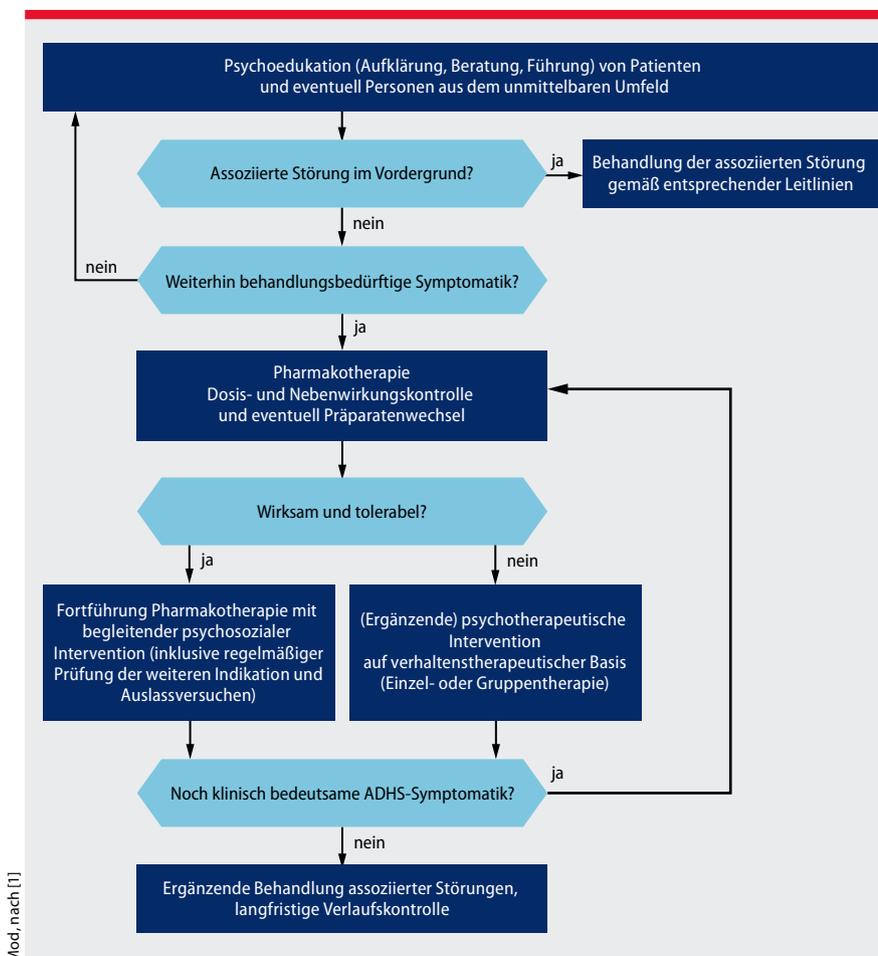


Abb. 4: Differenzialtherapeutische Entscheidungsbaum für die psycho-/pharmakotherapeutische Behandlung von Erwachsenen



Die individuell optimale Dosis wird nach klinischer Wirkung (hilfreich zur Verlaufsdokumentation ist der ADHS-SB der HASE) austitriert, wobei eine inverse, U-förmige Dosis-Wirkungskurve besteht. Wird die individuell optimale Dosis überschritten, kommt es wieder zu einer Zunahme von Unruhe und Konzentrationsstörungen. Medinet® adult wird jeweils nach einer Mahlzeit eingenommen; Ritalin® adult ist im Hinblick auf Resorption und Wirkungsdauer nahrungsmittelunabhängig.

Puls und Blutdruck müssen entsprechend überprüft und dokumentiert werden, ebenso das Körpergewicht und EKG (selten Auftreten von schwerwiegenden Herzrhythmusstörungen, meist ventrikuläre Extrasystolen). Die im Kindesalter oft relevante Appetitminderung ist im Erwachsenenalter selten ein Problem, mit möglicher Kompensation durch Anpassung der Nahrungsmenge abends, wenn die MPH-Wirkung abgeklungen ist. Unter der Beachtung der unterschiedlichen Wirkungsdauer der beiden Präparate auch nach zweimaliger Gabe, also nach 12 beziehungsweise 16 Stunden, kommt es nur selten zu Einschlafstörungen. Im Gegenteil schlafen viel ADHS-Betroffene sogar besser ein, nachdem durch die Medikation das abendliche Gedankenkreisen („Kopfkino“) verschwunden ist.

Lisdexamfetamin jetzt auch für Erwachsene zugelassen

Seit Anfang Mai 2019 ist für Erwachsene auch Lisdexamfetamin (LDX, Elvanse adult®) zugelassen, und zwar als First-Line-Therapie. Bis zum Abschluss des Verfahrens nach AMNOG (voraussichtlich Ende April 2020) sind in der ambulanten Therapie allerdings die Kriterien der Wirtschaftlichkeit des SGB V besonders zu berücksichtigen. Dies bedeutet, es müssen medizinische Gründe wie fehlende Verträglichkeit oder Wirksamkeit von bisher zugelassenen Therapien vor der Verordnung von Lisdexamfetamin vorliegen und nachvollziehbar dokumentiert sein. Aus praktischer Sicht erscheint seine Verordnung insbesondere für die 20–30 % Methylphenidat-Nonresponder sinnvoll.

Das Prodrug-Stimulans Lisdexamfetamin wird als inaktive Vorstufe nah-

runghemittelunabhängig resorbiert und enzymatisch gesteuerter Freisetzung des aktiven Wirkstoff D-Amfetamin durch die Abspaltung von Lysin in den Erythrozyten. Neben der Wiederaufnahmeminderung von Dopamin und Noradrenalin kommt es auch zu einer vermehrten Freisetzung der Transmitter in den synaptischen Spalt. Es wird vermutet, dass dies auch der Grund für die Wirksamkeit bei den 20–30 % MPH-Nonrespondern ist. Das Präparat wird für Erwachsene in Stärken von 30/50/70 mg angeboten. Eine Umrechnung der notwendigen Dosis aus einer vorherigen MPH-Medikation ist nicht möglich, sondern es ist eine erneute Dosisfindung im mindestens Wochenabstand, beginnend mit 30 mg, erforderlich. Bei einer Wirkungsdauer von 14 Stunden scheint das enzymatisch gesteuerte andere An- und Abfluten des aktiven Wirkstoffes bei Patienten mit MPH-Nebenwirkung oder Rebound-Phänomenen (vorübergehende, überschießende Zunahme der ADHS-Symptomatik nach Wirkungsende der Stimulanzien) günstiger zu sein. Die sonstigen, stimulanzientypischen Nebenwirkungen sind jedoch vergleichbar.

Atomoxetin, das einzige derzeit im Erwachsenenbereich zugelassene Nicht-Stimulanz, ist vorwiegend noradrenergisch wirksam und wird einmalig morgens nahrungsmittelunabhängig eingenommen. Die in der Zulassung angegebene Startdosis von 40 mg ist nach klinischer Erfahrung zu hoch, sodass sich zumindest bei Frauen eine Anfangsdosis von 10 mg als sinnvoll erwiesen hat.

Eine Symptomverbesserung tritt selten vor einer zweiwöchigen Einnahmedauer ein, sodass bei schrittweiser Dosiserhöhung auf bis zu 100 mg die optimale Dosis manchmal erst nach 14 Wochen erreicht ist. Vorteile der Substanz sind eine besondere Eignung bei sozialphobischer Symptomatik als Komorbidität oder assoziierter Symptomatik. Ein gewisser Vorteil ist überdies bei Hochrisikosubstanzabhängigkeit in der Vorgeschichte zu sehen. Zu beachten ist allerdings der Abbau über CYP2D6, weshalb unter anderem die Begleitmedikation mit CYP2D6-Inhibitoren streng zu prüfen ist (z. B. Fluoxetin, Paroxetin und Metoprolol). Hingegen soll Cannabis bei ADHS nach der S3-Leitlinie nicht einge-

setzt werden, da nach dem aktuellen Kenntnisstand die gesundheitlichen Risiken und Konsequenzen den tatsächlichen Nutzen zur Reduktion der ADHS-Symptomatik überwiegen.

Fazit für die Praxis

Aufgrund der erhöhten Prävalenz der ADHS bei stationären psychiatrischen Patienten sollten diese auf das Vorliegen einer ADHS-Diagnose mittels Fragebögen überprüft und auch komorbide Störungen miterfasst werden. Bei fehlendem Ansprechen relevanter psychiatrischer Erkrankungen (Depression, Angststörung, Zwangsstörungen, PTSD, Borderline-Störung etc.) auf eine leitliniengerechte Therapie ist deshalb immer auch an ein nicht diagnostiziertes oder behandeltes ADHS (Red flag) zu denken.

Neben der WHO-Screening-Skala reicht zum Screening der ADHS-Selbstbeurteilungsfragebogen, eventuell auch in Kombination mit der WURS-K der HASE aus.

Mit der 2018 veröffentlichten interdisziplinären, evidenz- und konsensbasierten S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen liegt erstmalig im deutschsprachigen Bereich eine Leitlinie vor, die die gesamte Lebensspanne umfasst und die gemeinsam von den drei relevanten medizinischen Fachgesellschaften herausgegeben wurde. Mit den zwei MPH-Präparaten, Lisdexamfetamin sowie dem Nicht-Stimulanz Atomoxetin ist eine hocheffektive, medikamentöse Behandlung der ADHS-Basis-symptomatik im Erwachsenenalter etabliert.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

Dr. med. Günther Endrass

Landesvorsitzender
BVDN Rheinland-Pfalz,
Landesprecher BDN
Rheinland-Pfalz,
Delegierter BVDN
Zentrales ADHS-
Netz und S3 ADHS
Konsensgruppe
Obersülzer Straße 4, 67269 Grünstadt

E-Mail: g.endrass@gmx.de



Literatur

1. Deberdt W et al. Prevalence of ADHD in nonpsychotic adult psychiatric care (AD-PSYC): a multinational cross-sectional study in Europe. *BMC Psychiatry* 2015;15:242
2. Kumar G et al. Screening for attention-deficit/hyperactivity disorder in adult inpatients with psychiatric disorders. *Psychological Reports* 2011;Vol 108,3, 815-24
3. Miesch A et al. Die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in der Erwachsenenpsychiatrie: Erfassung der ADHS-12-Monatsprävalenz, der Risikofaktoren und Komorbidität bei ADHS, *Fortschr Neurol Psychiatr* 2019;87(01): 32-8
4. Jacob CP et al. Co-morbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;Sep;257(06),309-17
5. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-045.html>.
6. M. Rösler et al. Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE), Manual, Testzentrale Bestellnummer 0136901
7. Rösler M et al. Revidierte Version „Integrierte Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter“ – IDA-R <http://www.adhsreport.de/adhs-report-die-jahrgaenge/jahrgang-2015/adhs-report-51/aktualisierung-der-diagnose-der-adhs-im-erwachsenenalter-2013-das-instrument-ida-r>
8. Paucke M et al. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) und komorbide psychische Erkrankungen, ADHS-spezifische Selbstbeurteilungsskalen bei der Differenzialdiagnostik, *Nervenarzt*; 2018 Nov;89(11):1287-93



ASS häufig kombiniert mit Persönlichkeitsstörungen

Hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen

Autistische Syndromcluster wurden ab Mitte des 19. Jahrhunderts von verschiedenen Psychiatern wie zum Beispiel Kanner, Asperger, Ssucharewa weltweit beschrieben. Alle genannten frühen Beschreibungen stimmen aber weitgehend symptomatisch und syndromal dahingehend überein, dass das autistische Kernsyndrom durch jeweils ähnliche Symptome gekennzeichnet ist, wie sie im Folgenden beschrieben werden.

LUDGER TEBARTZ VAN ELST

Nach ICD-10 wird das autistische Kernsyndrom durch drei Symptomkomplexe definiert: 1. Defizite der sozi-

alen Kognition, 2. Defizite der Kommunikation und 3. Routinen, Sonderinteressen und Spezialbegabungen. Im 2013

erschienenen DSM-5 werden die ersten beiden Symptomkomplexe zusammengefasst zum sogenannten A-Kriterium, das nun Defizite der sozialen Kognition und Kommunikation beinhaltet. Davon abgegrenzt wird das B-Kriterium, in dem Routinen, eingeengte Interessen, aber erstmalig auch Besonderheiten der Wahrnehmung im Sinne einer Hyper- oder Hyporeagibilität gegenüber sensorischen Reizen beschrieben werden.

Die erwartete ICD-11 wird – soweit erkennbar – dabei den klassifikatorischen Neuerungen des DSM-5 folgen und die bisherige syndromale Aufteilung der autistischen Störungen in einen frühkindlichen Autismus (Kanner-Syndrom), ein Asperger-Syndrom und einen atypischen Autismus aufgeben. Stattdessen wird von einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) gesprochen, deren Diagnose über das Vorhandensein der oben genannten Symptome operationalisiert ist. **Tab. 1** veranschaulicht die diagnostischen Kriterien einer ASS gemäß DSM-5 und wahrscheinlich auch gemäß ICD-11.

Diagnose von ASS

Bei der ASS handelt es sich um eine klinische Diagnose. Es sind inzwischen S3-Leitlinien veröffentlicht worden, die für das Kindes- und Jugendalter auf der einen Seite und das Erwachsenenalter auf der anderen Seite konkrete Empfehlungen zur Diagnosestellung bereit halten. Für alle Altersbereiche gilt, dass die

Tab. 1: Definition des autistischen Syndroms

A. Andauernde Defizite der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion in allen Kontexten, die nicht durch generelle Entwicklungsverzögerungen erklärt werden und sich in allen folgenden Bereichen manifestieren:

1. Defizite der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit, etwa Probleme Sozialkontakte aufzunehmen, eine Small-Talk-Konversation zu führen, auf emotionale Reize angemessen zu reagieren etc.
2. Defizite im nonverbalen kommunikativen Verhalten in der sozialen Interaktion (beispielsweise Probleme mit Blickkontakt, Mimik, Gestik, situative Kommunikation etc.)
3. Defizite beim Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen, entsprechend dem Entwicklungsstand, ausgenommen solcher zu Bezugspersonen (wie altersentsprechende Fähigkeit zu Mitschülern, Mitstudenten, Kollegen, Freunden Beziehungen aufzubauen oder zu halten)

B. Restriktive, repetitive Verhaltensmuster, Interessen- oder Aktivitätsmuster, die sich in wenigstens zwei der folgenden Bereiche manifestieren:

1. Stereotype/s/r oder repetitive/s/r Sprechen, Bewegungen, oder Gebrauch von Objekten, wie zum Beispiel einfache motorische Stereotypen, Echolalie, repetitiver Gebrauch von Objekten, oder idiosynkratische Phrasen
2. Exzessives Festhalten an Routinen, ritualisierte Muster verbalen oder nonverbalen Verhaltens oder exzessiver Widerstand gegen Veränderung (wie behaviorale Rituale, Bestehen auf gleicher Wegstrecke, gleichem Essen, repetitive Fragen oder extremer Stress durch kleine Änderungen, detailliertes Vorausplanen von Tagesabläufen, rigides Festhalten an immer gleichen Tagesabläufen)
3. Hochgradig eingegrenzte, fixierte Interessen, die unnormal in Hinblick auf Intensität oder Thema sind. Dazu zählt beispielsweise die starke Bindung an oder Beschäftigung mit ungewöhnlichen Objekten, exzessive eingeengte oder perseverierende Interessen
4. Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorischen Input oder ungewöhnliches Interesse an sensorischen Aspekten der Umgebung (z. B. offensichtliche Unempfindlichkeit gegenüber Schmerz, Hitze oder Kälte, starke überempfindliche Reaktion auf spezifische Geräusche oder Texturen, exzessives Riechen oder Berühren von Objekten, Faszination von Lichtern oder sich bewegenden Objekten)

C. Die Symptome müssen seit früher Kindheit vorhanden sein (aber können erst dann offensichtlich werden, wenn soziale Anforderungen die Kompensationsmöglichkeiten überschreiten)

D. Die Symptome begrenzen und beeinträchtigen insgesamt das alltägliche Funktionieren.

E. Die Symptome können nicht besser durch andere Krankheiten oder eine Intelligenzminderung erklärt werden.



detaillierte Entwicklungsanamnese das Herzstück einer entsprechenden Diagnostik darstellt. Die in **Tab. 1** geschilderten Kernsymptome des autistischen Syndroms müssen im Rahmen der Entwicklungsanamnese herausgearbeitet werden. Dabei zeigen sich die Besonderheiten etwa beim Blickkontakt, bei der Kommunikationsaufnahme, bei der sensorischen Auseinandersetzung mit der Umwelt, bei den Interessen und Verhaltensweisen regelhaft bereits früh in der Kindheit betroffener Menschen. Inwiefern sich aus diesen strukturellen Besonderheiten betroffener Menschen dann in der jeweiligen Lebenswirklichkeit auch relevante Missverständnisse, Konflikte, Probleme und psychosoziale Beeinträchtigungen ergeben, hängt aber nicht nur vom Vorhandensein der Symptomatik an sich, sondern auch von der jeweiligen Umwelt der betroffenen Menschen ab.

Einen weiteren wichtigen Aspekt stellen die individuellen Kompensationsmöglichkeiten betroffener Menschen dar. Durch- oder überdurchschnittlich intelligente Menschen mit guter Beobachtungsgabe und besserer Introspektionsfähigkeit tun sich in der Regel leichter damit, Kompensationsmöglichkeiten für die eigenen symptomatischen Probleme zu entwickeln. Das fördert einerseits die psychosoziale Anpassung an die eigene Lebenswelt, kann aber auch zu deutlichen Überforderungssituationen führen. Insbesondere kann eine gute Kompensation autistischer Eigenschaften auch dazu führen, dass eine entsprechende Diagnose gar nicht erkannt wird und dennoch vorhandene kommunikative Probleme nicht angemessen eingeordnet werden können.

Die zentrale Bedeutung der Erhebung einer detaillierten Entwicklungsanamnese ist aber auch der Grund dafür, dass die entsprechende Diagnostik sehr zeitaufwändig ist. Gerade im vertragsärztlichen Setting kann dies zu Problemen führen, wenn der spezifische Mehraufwand durch bestehende Honorarverteilungsregelungen nicht bezahlt wird. Dies führt dazu, dass bei den wenigen diesbezüglichen Spezialsprechstunden aktuell prinzipiell extrem lange Wartezeiten von ein bis zu zwei Jahren bestehen. Aus klinischer Perspektive ist anzumerken, dass die verschiedenen zur Verfügung

stehenden psychometrischen Instrumente der Kinder- und Jugendpsychiatrie und durchaus auch die Tests ADOS und ADI-R auch im Rahmen der Diagnostik erwachsener Menschen sehr hilfreich sein können. Entscheidend bleibt aber die Erhebung einer differenzierten und ausführlichen Entwicklungsanamnese, in deren Rahmen die beschriebenen strukturellen Besonderheiten qualitativ und quantitativ herausgearbeitet und ihre funktionelle Relevanz aufgezeigt werden. Darüber hinaus können neuropsychologische Leistungstests insbesondere auf neurokognitive Teilleistungen wie etwa die beeinträchtigte Fähigkeit, Emotionen zu erkennen, Gesichter lesen zu können, oder auch eigene Gefühle wahrnehmen zu können (Alexithymie) sowohl diagnostisch als auch therapeutisch sehr hilfreich sein. Sie werden aber nicht als Kernbestandteil einer Diagnosestellung in den deutschen S3-Leitlinien gefordert.

Klassifikation der ASS

Gemäß ICD-10 sind die autistischen Störungen als sogenannte tiefgreifende Entwicklungsstörungen im Kapitel F3 den Entwicklungsstörungen zugeordnet. Im DSM-5 erfolgte insofern eine klassifikatorische Neubewertung, als dass die Entwicklungsstörungen nun als erstes Kapitel allen anderen psychischen Störungen vorweggestellt wurden. Unter der Überschrift „Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung“ werden in diesem Kapitel nun neben den ASS auch die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die Tic-Störungen, spezifische Lernstörungen und die intellektuellen Beeinträchtigungen zusammengefasst. Diese Neuklassifikation ist insofern nachvollziehbar, als dass es sich bei allen hier zusammengefassten Störungsbildern um Strukturdiagnosen handelt. Das bedeutet, dass die in den jeweiligen Unterkapiteln beschriebenen neurokognitiven und psychomotorischen Auffälligkeiten als mehr oder weniger konstant über die Lebensspanne hinweg bestehende persönlichkeitsstrukturelle Besonderheiten vorhanden sind, vor deren Hintergrund sich das Leben betroffener Menschen entwickeln und entfalten muss. Damit stellen solche Entwicklungsstörungen ähnlich wie die

Epidemiologie der ASS

Die ASS (Autismus-Spektrum-Störung) ist mit einer aktuell geschätzten Prävalenz von 1–2% relativ häufig zu finden. Da es sich um eine chronische, strukturelle Besonderheit der betroffenen Menschen handelt, sind Punkt- und Lebenszeitprävalenz identisch. Die autistischen Besonderheiten persistieren bis ins Erwachsenenalter.

Ob die diagnostischen Kriterien erfüllt sind, hängt aber auch von Kompensationsfähigkeiten und Umweltfaktoren ab.

Persönlichkeiten beziehungsweise Persönlichkeitsstrukturen aus der Längsschnittperspektive Basisstörungen beziehungsweise Basisstrukturen dar, die häufig Grundlage für sekundär sich daraus entwickelnde Probleme, Konflikte und komorbide andere psychische Störungen, wie Angsterkrankungen, Depressionen oder auch psychotische Störungen werden können.

Symptomatische ASS-Krankheiten auf der einen Seite können beispielsweise durch genetische Ursachen, wie einem fragilen X-Syndrom, einem 22q11-Syndrom (velokardiofaziales Syndrom) oder aber auch einem Klinefelter-Syndrom (XXY) verursacht werden. Denkbare erworbene Ursachen einer ASS können etwa intrauterine Enzephalopathien im Kontext einer Valproat-Exposition sein oder aber in Form von stattgehabten entzündlichen Hirnerkrankungen oder epileptischen Syndromen gegeben sein.

Auf der anderen Seite stellt die Gruppe der primär idiopathischen ASS die zahlenmäßig wahrscheinlich deutlich größere ätiologische Untergruppe dar. Hier ist eine multigenetische familiäre Veranlagung gut erkennbar. Inzwischen sind mehrere hundert Gene bekannt, die mit jeweils kleiner Effektstärke die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass entsprechende Menschen einen autistischen Phänotyp aufweisen. Diese Variante eines multigenetisch bedingten persönlichkeitsstrukturellen Phänotyps darf nicht verwechselt werden mit monogenetisch verursachten Erkrankungen, die mit einem autistischen Phänotyp einhergehen.



Bedeutung der ASS für die Erwachsenenpsychiatrie

Das Thema der ASS hat für die Erwachsenenpsychiatrie eine hohe Bedeutung, da die Prävalenzrate deutlich höher liegt als etwa die der schizophreniformen Störungen. Auch ist die Rate an psychiatrischen Komorbiditäten, die mit dieser Diagnose verknüpft sind, sehr hoch. So bekommen etwa einer Studie von Hofvander et al. zufolge über 60 % der Menschen mit hochfunktionalen ASS auch eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungsdiagnosen.

Affektive Störungen werden mit einer Häufigkeit von über 50 % diagnostiziert, Angsterkrankungen bei 50 %, eine ADHS bei 43 %, Zwangsstörungen bei 24 %, Tic-Störungen bei 20 %, psychotische Störungen bei 16 % und Suchterkrankungen bei 16 % der betroffenen Patienten. In eigenen Untersuchungen der Freiburger Arbeitsgruppe ergaben sich sehr ähnliche Zahlen. Einschränkend muss bedacht werden, dass die Prävalenzzahlen in klinischen Stichproben zu hoch eingeschätzt werden. In einer kürzlich veröffentlichten Übersichtsarbeit (Hollocks et al. 2018) fanden sich dementsprechend auch niedrigere,

allerdings immer noch sehr hohe Punkt- und Lebenszeitprävalenzraten für depressive Störungen (23 % und 37 %) und für Angsterkrankungen (27 % und 42 %).

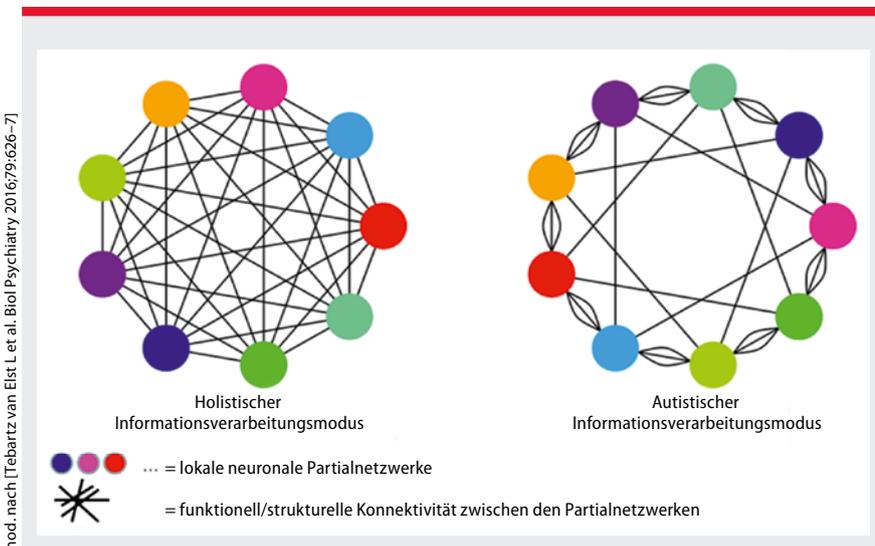
Oft verwechselt mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Von besonderer Bedeutung ist hier, dass Zusammenhänge zum Thema Borderline-Störung (BPS) und ASS noch regelhaft übersehen werden. So leiden nach eigenen Erhebungen bis zu 5 % der Patientinnen, die zur dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) auf eine Spezialstation für Frauen mit BPS zugewiesen werden, unter einer hochfunktionalen ASS. Bei den meisten der dort diagnostizierten Fälle konnte die ASS-Diagnose sämtliche der klinischen Symptome erklären, bei einer Untergruppe mussten aus nosologischer Sicht ASS- und BPS-Diagnose komorbid diagnostiziert werden. Der Grund für diese Überlappungen ist die rein deskriptive Konstruktion der psychiatrischen Diagnosen gemäß ICD-10. Die häufige Verwechslung beider Diagnosen beruht auf dem Faktum, dass die häufige autistische Stressreaktion mit dissoziativen Spannungszuständen, einem veränderten Körpergefühl mit

verminderter Schmerzsensitivität und selbstverletzenden Verhaltensweisen zur Beendigung dieser aversiven Anspannungszustände von vielen Akteuren im psychiatrisch psychotherapeutischen Hilfesystem pathognomonisch für eine Borderline-Diagnose eingeschätzt wird. Aus rein deskriptiver Perspektive unterscheiden sich bei oberflächlicher Betrachtung diese dissoziativen Anspannungszustände verbunden mit selbstverletzenden Verhaltensweisen tatsächlich kaum zwischen Patienten mit BPS und ASS. Nur eine umfassende Kenntnis der persönlichkeitsstrukturellen Besonderheiten autistischer Menschen und insbesondere autistischer Frauen kann hier zu einer differenzierteren Praxis bei der Diagnosestellung führen.

So ist es nicht der aversive Anspannungszustand mit konsekutiver Selbstverletzung an sich, der Autistinnen und Frauen mit BPS unterscheidet. Sondern es sind vielmehr die Gründe, die einen solchen dissoziativen Anspannungszustand auslösen, die zur korrekten Diagnose führen. Während dies bei Frauen mit BPS oft Situationen sind, in denen sie sich allein gelassen fühlen, sind es bei Frauen mit ASS eher Situationen mit großer Reizüberflutung, zu viel Gruppenkommunikation oder unklarer Kommunikation, zu vielen Sprichwörtern oder metaphorischer Sprache, ein unerwartetes Berührt-Werden oder aber eine Frustration der erwarteten Ablauf-routinen, die zu solchen Anspannungszuständen führen. Phänomene wie Wut-attacken oder aber chronische Suizidgedanken sind dagegen wenig trennscharf, da sie sowohl bei BPS als auch bei ASS häufig auftreten. Eine definitive Diagnosestellung erlaubt die sorgfältige Entwicklungsanamnese, die die autistischen Besonderheiten im Falle einer ASS-Diagnose für die erste Dekade aufzeigen kann.

Die klinischen Erfahrungen zeigen, dass eine solche differenzierte Diagnostik von hoher Bedeutung für Identität und Selbstwertetablierung betroffener Patientinnen ist und auch für die Therapieplanung und -ausgestaltung, da gerade die Autistinnen innerhalb der DBT-Gruppe häufig große Probleme haben, Anschluss zu finden und sich in das typische therapeutische Setting einer DBT-



mod. nach Tebartz van Elst L et al. Biol Psychiatry 2016;79:626-7)

Abb. 1: Illustration der Modellvorstellung des autistischen versus holistischen Konnektivitätsmusters als pathogenetisches Korrelat des autistischen Syndroms. Beim holistisch organisierten Informationsverarbeitungsmuster können solche Aufgaben, die zu ihrer Bewältigung auf einen hohen Vernetzungsgrad distinkter neuronaler Netzwerke angewiesen sind, besser prozessiert werden (synthetische Aufgaben). Das autistische Informationsverarbeitungsmuster birgt Vorteile in solchen Fällen, in denen eine größere Autonomie lokaler Netzwerke vorteilhaft ist (analytische Aufgaben).



Gruppe einzufinden. Wird die Autismusdiagnose nicht erkannt, führt die wohlmeinende therapeutische Intervention auf der DBT-Station nicht selten für die Autistinnen innerhalb der BPS-Gruppe nur zu einer weiteren tragischen Erfahrung des Scheiterns.

Pathogenetische Vorstellungen zum autistischen Phänotyp

Eine häufig diskutierte Modellvorstellung geht davon aus, dass das „autistische Gehirn“ sich dadurch von dem durchschnittlichen oder auch „holistischen Gehirn“ unterscheidet, dass es eine andere strukturell/funktionelle Vernetzungsarchitektur aufweist. Dieser Modellvorstellung folgend sind in der autistischen Architektur zerebralen Funktionierens die verschiedenen distinkten neuronalen Netzwerke vergleichsweise leicht miteinander strukturell und/oder funktionell verknüpft. Holistische Konnektivitätsmuster sind dann im Gegensatz dazu durch eine hohe Vernetzungsdichte gekennzeichnet. Gemäß dieser Modellvorstellung erlaubt die holistische zerebrale Architektur eine optimale Informationsverarbeitung bei all jenen Aufgaben, die eine hohe Synchronisierung und einen hohen „cross talk“ zwischen den verschiedenen distinkten Teilnetzwerken zur optimalen Aufgabenbewältigung benötigen. Dies sind nachvollziehbarerweise insbesondere sozial kommunikative Leistungen, da im Kontext der sozialen Kognition extrem unterschiedliche informative Teilaspekte zu einem Gesamtkonzept synthetisiert werden müssen. Die hohe Konnektivität der Teilnetzwerke führt aber auch zu einer vergleichsweise hohen Harmonisierung der Informationsverarbeitungsschritte über alle Netzwerke hinweg und erlaubt damit den distinkten Teilnetzwerken nur eine geringe Autonomie.

Die größere Unabhängigkeit lokaler neuronaler Netzwerke vom Großen und Ganzen im Zusammenhang mit der autistischen Netzwerkorganisation könnte erklären, wieso im autistisch organisierten Gehirn bestimmte Teilleistungen viel effektiver verarbeitet und teilweise auch psychobiologische Leistungsphänomene hervorgebracht werden können, die für Menschen mit durchschnittlich

holistisch organisierten Gehirnen teils kaum vorstellbar sind (**Abb. 1**). Diese Modellvorstellung basiert auf verschiedenen empirischen Befunden zur funktionellen und strukturellen Konnektivität bei Autismus und ist deshalb auch klinisch von Bedeutung, weil sie betroffenen Patienten verdeutlichen kann, wieso sie in manchen Leistungsbereichen besser sein können als nicht autistische Menschen.

Unterscheidung zwischen Struktur-, Problem- und Zustandsdiagnosen

Unter Heuristik versteht man in der Wissenschaft die Kunst bei begrenztem und unvollständigem Wissen und wenig zur Verfügung stehender Zeit möglichst optimale und wahrscheinliche Aussagen zu einem Erkenntnisgegenstand oder einem komplexen System zu generieren. Vor diesem Hintergrund erscheint das hier vorgeschlagene heuristische Modell der Unterscheidung in Struktur-, Problem- und Zustandsdiagnosen gerade bei Menschen mit ASS, aber auch anderen Persönlichkeitsstörungen klinisch sehr hilfreich zu sein.

Strukturdiagnosen sind demnach solche in der Medizin und auch Psychiatrie, die konstante und an sich nicht therapiefähige Systemeigenschaften benennen. Dies können körperliche Eigenschaften sein, wie Sehschärfe, Körpergröße, basale Schnelligkeit, oder psychobiologische Eigenschaften, wie Intelligenz, die basale Fähigkeit zur sozialen Kognition (auch soziale Intelligenz genannt), dispositionelle Wahrnehmungseigenschaften (detailorientierte versus globale Wahrnehmungsdominanz), das Bedürfnis nach erwartungsgemäßen Tagesabläufen, oder klassische Persönlichkeitseigenschaften, wie Offenheit, Gewissenhaftigkeit, Extrovertiertheit, Geselligkeit oder Impulsivität. Strukturdiagnosen sind in der Medizin etwa gegeben, wenn von Intelligenz, sozialer Intelligenz, Körpergröße, Persönlichkeit oder eben einer Entwicklungsstörung etwa in Form eines Autismus oder einer ADHS die Rede ist.

Problem Diagnosen ergeben sich häufig und in oft typischer Art und Weise aus Strukturdiagnosen. So finden etwa sehr große oder kleine Menschen nur schwer passende Kleidung oder sie ha-

ben Schwierigkeiten, einen Partner zu finden. Deutlich über- oder unterdurchschnittlich intelligente Menschen ecken häufig bei den durchschnittlichen an, weil sie als arrogant oder dumm ausgegrenzt werden. Gerade die Kombination aus hoher technischer, geringer sozialer Intelligenz, hoher Gewissenhaftigkeit und geringer Geselligkeit, die nicht selten bei hochfunktional autistischen Menschen anzutreffen ist, führt typischerweise zu sozialer Ausgrenzung und Anfeindung bei Klassenkameraden, Mitstudenten, Arbeitskollegen und im alltäglichen sozialen Leben. Erfahrungen des sozialen Scheiterns solcher Menschen führen dann oft zu Ängsten, sozialem Rückzug, Misstrauen und Meidungsverhalten oder ganz konkreten psychosozialen Problemen wie Arbeitsplatzverlust und Geldsorgen. Dennoch sollten solche Probleme weder mit den sie verursachenden Strukturen (Persönlichkeit, Autismus, ADHS etc.) noch mit den aus ihnen resultierenden psychobiologischen Zuständen (Depression, Angststörung, psychotische Dekompensation etc.) verwechselt werden.

Zustandsdiagnosen sind in diesem Zusammenhang solche, bei denen sich oft vor dem Hintergrund einer erkennbaren Struktur (Autismus, Rigidität, Kommunikationsschwäche) und den daraus resultierenden Problemen (Scheitern, Ausgrenzung, pathologische Kommunikationsmuster) beispielsweise eine depressive Episode, ein dissoziativer Spannungszustand oder eine psychotische Episode entwickelt. Die klinische Unterscheidung in Struktur-, Problem- und Zustandsdiagnosen ist wichtig, weil sie jeweils unterschiedliche therapeutische Ansätze implizieren.

Die einer Strukturdiagnose zuordenbaren Eigenschaften sollten nicht als Symptome missverstanden werden. Denn dann würden sie Gegenstand eines Therapieversuchs etwa mit Psychotherapie (Expositionstherapie bei Routinen) oder Medikamenten (Antidepressiva, Antipsychotika, Antikonvulsiva, Lithium oder Elektrokrampftherapie), was jedoch zum Scheitern verurteilt ist, da eine persönlichkeitsstrukturelle Besonderheit genauso wenig verändert werden kann wie die Körpergröße oder die allgemeine Intelligenz. Wohl aber kann ge-



mod. nach [Teubartz von Eist L et al. Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci 2013;263(S2):189-96]

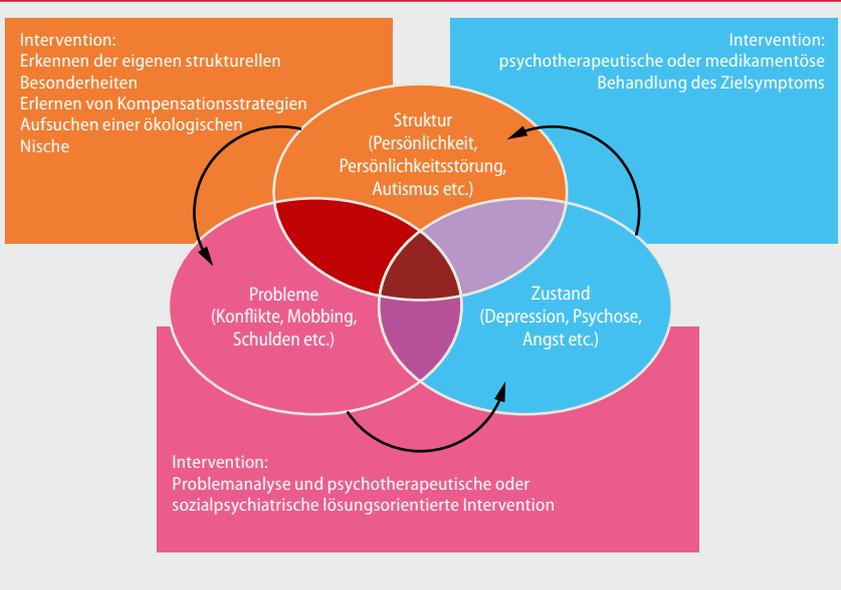


Abb. 2: Illustration der heuristischen Unterscheidung in Struktur-, Problem- und Zustandsdiagnosen am Beispiel des Autismus. Die heuristische Unterscheidung zwischen Struktur-, Problem- und Zustandsdiagnosen hilft den Patienten ebenso wie den Diagnostikern und Therapeuten die im Einzelfall bunte Gemengelage aus Eigenschaften, Problemen und Symptomen zu analysieren, zu klären und funktionierende Therapiekonzepte zu entwickeln.

mod. nach [Fangmeier T et al. Nervenarzt 2011;82(5):628-35]

FASTER Gruppentherapie			
– Teilnehmer: 6–8 Personen – 1 x pro Woche 90 Minuten – Termine: ca. 30			
Module			Flankierende Maßnahmen
I Basis – Kennenlernen – Psychoedukation – Stärken und Schwächen – Überforderung – Gruppenregeln – Gruppenziele – Individuelle Ziele – Einzelgespräch	II Aufbau – Achtsamkeit – Situationsanalysen – Emotionen: verbal und nonverbal – Basale soziale Kommunikation und Interaktion – Rollenspiele	III Vertiefung – Smalltalk – Telefonieren – Freundschaft, Partnerschaft – Überforderung – Bearbeitung individueller Interaktionen – Rollenspiele	– Krisenintervention – Überführung in ambulante Therapie – Anbindung an niedergelassene Kollegen – Niederfrequente Weiterbehandlung in Institutsambulanz – Hilfe bei weiteren Maßnahmen – Angehörigenarbeit
Angehörigentreffen	Angehörigentreffen	Angehörigentreffen	

Abb. 3: Illustration der Konzeption des „Freiburger AspergerSpezifischen Therapiemanuals für Erwachsene“ (FASTER)

von Depressionen, Angsterkrankungen, internalisierend dissoziativen oder externalisierend impulsiven Anspannungszuständen oder psychotischen Dekompensationen können dagegen gut mit Medikamenten oder anderen interventionellen Verfahren behandelt werden. Und hier ist anders als bei den Strukturdiagnosen auch die Beseitigung des Zielsymptoms und nicht das Erlernen von Kompensationsstrategien das erklärte Ziel der Psychotherapie beispielsweise in Form einer Expositionsbehandlung bei einer klassischen Angst-Zwangs-Dynamik oder der Medikation (Abb. 2).

Therapie der ASS

Die allgemeinen Therapieziele bei Menschen mit ASS ergeben sich aus den Symptomen des Autismus (Struktur), den Folgen des Autismus (Problemen, „life events“) und den besprochenen psychiatrischen Komorbiditäten (Zuständen). Therapieziele in Hinblick auf die Kernsymptome des Autismus sind zunächst einmal eine Verbesserung der sozialen Kompetenz, der kommunikativen Fähigkeiten sowie ein Training exekutiver Fertigkeiten und der Emotionsregulation. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die Erkenntnis, dass es sich bei dem Autismus um eine Strukturdiagnose handelt, ähnlich wie bei den Persönlichkeitsstörungen kritisch ist für die Einsicht, dass diese Strukturen im Kern nach heutiger Erkenntnis nicht veränderbar sind. Dies ist auch für die entsprechenden psychotherapeutischen Therapieplanungen von hoher Bedeutung. So sollte etwa nicht das Ziel vorgegeben werden, im Rahmen der Psychotherapie die strukturellen Symptome des Autismus zu beseitigen. Vielmehr handelt es sich bei der entsprechenden Therapie um das Erlernen und Einüben von Kompensationsstrategien. So bleibt etwa ein unmittelbarer Augenkontakt auch bei jenen Menschen, die diesen gezielt eingeübt und antrainiert haben, aus der Perspektive des Selbsterlebens regelhaft – meist lebenslang – aversiv. Dennoch kann das Einüben von Kompensationsstrategien dazu beitragen, alltägliche Missverständnisse zu minimieren und abträgliche Gegenübertragungen bei nicht autistischen Menschen zu vermei-

lernt werden, die eigene Struktur zu erkennen und kluge Kompensationsstrategien zu bilden. Probleme müssen psychotherapeutisch oder sozialpsychiatrisch bearbeitet und gelöst werden. Hier gilt wiederum, dass die aus einer Kommunikationsschwäche resultierende pa-

thologische Kommunikationsstruktur etwa in einer Schulklasse, einer Familie oder am Arbeitsplatz sicher nicht durch Medikamente oder technische Verfahren verbessert werden kann, sondern nur durch lernende Methoden. Die Zustandsdiagnosen schließlich in Form



den. Ähnliches gilt für andere typische autistische Schwächen, wie etwa die Neigung dazu, gesprochene Sprache wörtlich zu nehmen, im Dialog sehr direkte und ungeschminkt ehrliche Rückmeldungen zu geben, oder aber sich von kommunikativen Gruppensituationen zurückzuziehen. Zu diesem Zweck wurden zwischenzeitlich in Deutschland mehrere meist gruppenbasierte Trainingsverfahren entwickelt. Sie befinden sich aktuell überwiegend im Stadium der klinischen Erprobung beziehungsweise der Validierung in Form kontrollierter Studien.

Exemplarisch sei an dieser Stelle die Konzeption des „Freiburger Asperger-Spezifischen Therapiemanuals für Erwachsene“ dargestellt (FASTER Konzept) (Abb. 3). Aufbauend auf den Grundprinzipien der dialektischen Verhaltenstherapie wird dabei auf der einen Seite an einem Verständnis und der Akzeptanz des eigenen schicksalhaften So-Seins (Struktur) gearbeitet. Gleichzeitig wird durch Situationsanalysen und Achtsamkeitsübungen ein Verständnis dafür entwickelt, wieso es zu den typischen Problemkonstellationen (Missverständnissen, Mobbing, Ausgrenzung, Ablehnung), aber auch Problemverhaltensweisen (Impulsdurchbrüche, Selbstverletzungen, Rückzug, problematische Kommunikationsmuster) kommt und wie diese Gemengelage dann oft in der Biografie zu zustandhaften Dekompensationen (Depressionen, dissoziative Anspannungszustände, psychotische Dekompensationen) führte. Änderungen können in Form von Kompensationsstrategien im Hinblick auf die eigene Struktur, Problemlösestrategien und eine Motivation für eine Behandlung der neuropsychiatrischen Zustände (Depression, psychotische Stressreaktion etc.) bewirkt werden.

Medikamentöse Therapieoptionen

Spezifische psychotrope Substanzen zur Therapie der autistischen Kernsymptome liegen in zugelassener Form bislang nicht vor. Lediglich die Substanzen Risperidon und Zyclopenthixol besitzen eine eingeschränkte Zulassung zur Behandlung von fremd- und autoaggressiven Verhaltensweisen unter anderem bei Menschen mit autistischen Syndromen.

Davon abgesehen können aber zahlreiche symptomatische Teilaspekte bei ASS im Off-Label-Bereich durchaus erfolgreich auch medikamentös behandelt werden. Häufige Zielsymptome sind in diesem Zusammenhang etwa die Besonderheiten der sensorischen Wahrnehmung, wie etwa die hohe Empfindlichkeit gegenüber Reizüberflutung oder die Besonderheiten der Aufmerksamkeitsmodulation, die sehr an eine ADHS denken lassen können. Auch Besonderheiten der Affektregulation und Impulskontrolle sind im klinischen Alltag häufig Therapieziel. Konkret sind dies in der internalisierenden Variante ein dissoziatives Aus-dem-Kontakt-Gehen, verbunden mit einem als sehr aversiv erlebten Körpergefühl mit selbstverletzenden Verhaltensweisen (oft als BPS fehlgeschätzt) oder in der externalisierenden Variante Episoden mit Wut, Impulsivität und Aggressivität. Aber auch zwangsartige Symptome in Form von Stereotypen und Ritualen, motorische Besonderheiten wie Tics, Schlafstörungen, depressive und Angstsymptome oder auch klassische psychotische Symptome können mit psychotropen Medikamenten oft gut beeinflusst werden.

Zur Behandlung der häufigen klassischen psychiatrischen Komorbiditäten in Form von Depressionen, Angsterkrankungen, Anspannungszuständen, psychotischen Dekompensationen und Impulsdurchbrüchen steht in der Regel die ganze Breite der etablierten Therapiemethoden sowohl psycho- als auch pharmakotherapeutisch zur Verfügung. Allerdings muss hier ebenfalls darauf hingewiesen werden, dass eine Vertrautheit mit den autistischen Besonderheiten entsprechender Patienten von hoher Bedeutung ist, um die richtigen konkreten Therapieentscheidungen treffen zu können. Im Hinblick auf die Psychopharmakotherapie ist dabei hervorzuheben, dass Menschen mit Autismus oft atypisch und unerwartet reagieren, insbesondere dahingehend, dass sie oft bereits auf sehr niedrige Dosen jedweder Substanz mit sehr starken Effekten, aber auch Nebenwirkungen reagieren können. Insofern empfiehlt sich die alte etablierte Herangehensweise „start low, go slow“ bei der Psychopharmakotherapie autistischer Menschen.

Individualisierte und Einzeltherapie

Wesentliche Therapieziele ergeben sich aus den Folgen des Autismus, wie sie sich in der Biografie entwickelten und zeigten. Hier ist die Entwicklung eines angemessenen Selbstbilds, eines gebührenden Selbstkonzepts, das eigene Stärken und Schwächen realistisch in den Blick nimmt und berücksichtigt, die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls und einer entsprechenden Identität zu nennen. Auch sind die häufigen, oft sehr traumatischen Erfahrungen mit Ausgrenzung, Mobbing, sowie die häufigen, sich oft wie ein roter Faden durch das Leben ziehenden Missverständnisse und beruflichen wie privaten Konflikte hervorzuheben. All diese Aspekte müssen eher in individuellen psychotherapeutischen Einzeltherapien bearbeitet werden, wobei eine umfassende Kenntnis der ASS seitens der Therapeuten unerlässlich ist, um hier konstruktiv und erfolgreich helfen zu können.

Von entscheidender Bedeutung ist darüber hinaus die Organisation einer beruflichen und privaten Nische, in der betroffene autistische Menschen ihre alltägliche Lebenswirklichkeit optimal an die eigene Stärke-Schwäche-Struktur anpassen können. Für die meisten Betroffenen bedeutet dies, dass sie lernen müssen, offen und proaktiv mit ihrer Diagnose umzugehen. Denn nur eine offene Kommunikation der eigenen Persönlichkeitsstrukturellen Besonderheiten kann meist verhindern, dass es zu jenen immer wiederkehrenden Missverständnissen kommt, die häufig zur Quelle vehementer privater und beruflicher zwischenmenschlicher Konflikte werden.

Das Problem der „autistischen Züge“

Das Problem der autistischen Züge ist von hoher Relevanz für Ärzte, Psychologen, Betroffene, Angehörige und Freunde. In der Literatur wird es unter dem Fachbegriff des „broader autism phenotype“ abgehandelt. Gemeint sind damit Menschen, die qualitativ erkennbar autistische Eigenschaften im Sinne einer Persönlichkeitsstruktur aufweisen, bei denen diese quantitativ aber nicht so stark ausgeprägt oder erkennbar sind,



Hier steht eine Anzeige.



Kurz zusammengefasst

Autismus-Spektrum-Störungen ...

- sind klinisch durch Defizite der sozialen Wahrnehmung und Kompetenz, der verbalen und nonverbalen Kommunikation, durch Routinen, Stereotypen und eingengegte Interessen sowie Besonderheiten der Wahrnehmung charakterisiert,
- können sekundär verursacht sein etwa durch monogenetische Krankheiten (fragiles-X-Syndrom, 22q11-Syndrom etc.) oder erworbene Hirnfunktionsstörungen (Valproat-Exposition in utero, entzündliche Prozesse, Epilepsien etc.),
- sind ähnlich wie die Persönlichkeitsstörungen als überdauernde strukturelle Besonderheiten betroffener Menschen zu begreifen,
- können vom Schweregrad her auch subsyndromal ausgeprägt vorhanden sein („broader autism phenotype“),
- werden in der hochfunktionalen Variante (bei vorhandener Sprache und durch- oder überdurchschnittlicher Intelligenz) häufig nicht erkannt,
- werden dann häufig unter Sekundär-diagnosen wie atypische Depression, Zwangsstörung, (Borderline-) Persönlichkeitsstörung oder atypische Psychose geführt,
- sind oft der Schlüssel für ein umfassendes Verständnis von Menschen mit atypischen, komplexen und schwer zu verstehenden, chronischen psychischen Störungen, verbunden mit zahlreichen Konflikten in den zwischenmenschlichen Beziehungen und am Arbeitsplatz,
- können mit spezifischen pharmako- und psychotherapeutischen Konzepten oft gut behandelt werden,
- sollten in ihren verschiedenen Schweregraden und Prägnanztypen in Lehre, Fort- und Weiterbildung in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie stärker berücksichtigt werden.

dass das oben genannte D-Kriterium nach DSM-5 (**Tab. 1**) erfüllt ist. Das heißt, das Funktionsniveau der Betroffenen ist so hoch, dass die allgemeinen Störungskriterien nicht erfüllt sind. So haben die Betroffenen etwa erfolgreich studiert, eine Familie gegründet und einen manchmal sogar sehr anspruchsvollen Beruf ausgefüllt. In Analogie zu den Persön-

lichkeitsstörungen kann in einer solchen Konstellation trotz qualitativ gut erkennbarer Persönlichkeitsstruktur die Diagnose einer ASS oder einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-5 oder ICD-11 nicht gestellt werden. Dennoch handelt es sich in einem solchen Falle um eine für das Leben oft kritische strukturelle Besonderheit im Sinne des oben vorge-tragenen Verständnisses. Die verhältnismäßige Erkenntnis dieser Strukturdiag-nose ist dann oft der Schlüssel für ein umfassendes Fallverständnis seitens der behandelnden Psychologen und Ärzte sowie eines richtig bemessenen Selbst-konzepts für die Patienten. Um diese komplexen, aber klinisch wichtigen Zu-sammenhänge in der Therapie- und Le-bensplanung zu begreifen, muss ein ein-gehendes und zugleich differenziertes Verständnis vom Phänomen Autismus entwickelt werden, das nicht nur klar überschwellige primäre und sekundäre Varianten identifiziert, sondern auch die Bedeutung von subsyndromalen Varian-ten im Sinne eines „broader autism phe-notypes“ für die biografische Entwick-lung beinhaltet.

Literatur beim Verfasser

Dieser Beitrag ist eine überarbeitete Fassung von: Tebartz van Elst L. Hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen. Fortschr Neurol Psychiatr. 2019;87:381–97 (mit freundlicher Genehmigung © Georg Thieme Verlag KG)

AUTOR

Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst

Stellvertretender Ärztlicher Direktor und Leitender Oberarzt Universitätsklinikum Freiburg; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hauptstraße 5 79104 Freiburg

E-Mail: tebartzvanelst@uniklinik-freiburg.de





Studie räumt letzte Zweifel aus

Autoimmunthyreoiditis, Ängste und Depression hängen zusammen

Mittlerweile ist der direkte Zusammenhang von Autoimmunthyreoiditis mit Depressionen und Angststörungen eindeutig nachgewiesen. Letzte Zweifel hat eine im letzten Jahr veröffentlichte Studie [1] ausgeräumt. Wichtig ist es jetzt, sowohl Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie als auch Internisten und Endokrinologen und Hausärzte auf diesen Zusammenhang aufmerksam zu machen.

CHRISTA ROTH-SACKENHEIM, KATHARINA DOMSCHKE, TEJA GRÖMER

Der Zusammenhang zwischen Autoimmunthyreoiditis (AIT) und Depressionen und Angststörungen bedeutet zweierlei: Bei Patienten mit Depressionen und Angststörungen sollte ein AIT-Test durchgeführt werden und bei Patienten mit AIT ist ein Screening auf

psychiatrische Symptome erforderlich. Grundsätzlich sind zwei verschiedene Arten von AIT bekannt:

—Die Hashimoto-Thyreoiditis (nach ihrem Erstbeschreiber Hakaru Hahimoto 1912), die eher mit einer Schilddrüsenvergrößerung einhergeht.

—Die Ord-Thyreoiditis (nach ihrem Erstbeschreiber William Miller Ord 1878), die eher mit einer Schilddrüsenatrophie zusammenhängt.

Da die Symptome aber je nach dem Grad des zerstörten Schilddrüsengewebes aufeinander folgen können, spricht man zu-

Bei Vorliegen einer Autoimmunthyreoiditis sollten Ärzte immer auch auf psychiatrische Symptome achten.



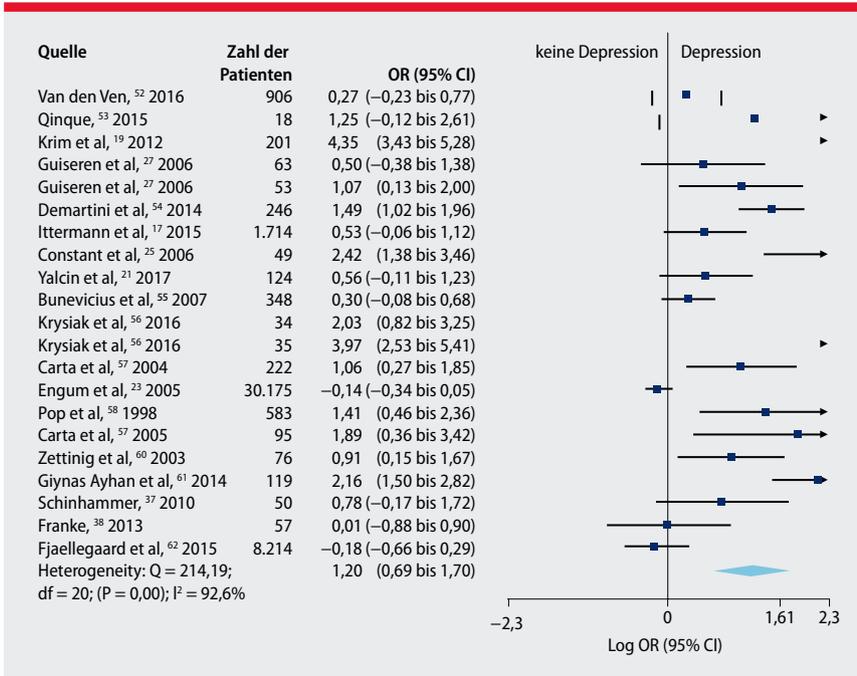


Abb. 1: Korrelation zwischen Depression und Autoimmunthyreoiditis. Die Odds Ratio lag bei 3,31 (95 % CI 2,0 bis 5,48). Modifiziert nach [Siegmann et al. JAMA 2018].

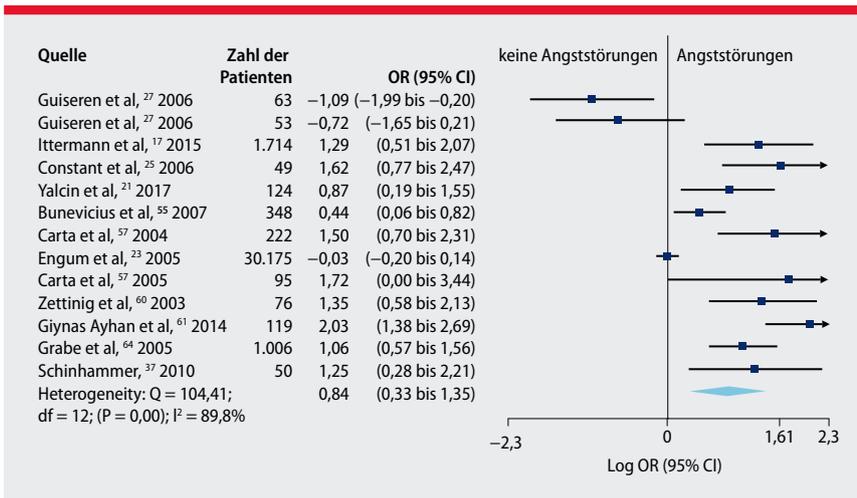


Abb. 2: Korrelation zwischen Angststörungen und Autoimmunthyreoiditis. Die Odds Ratio lag bei 2,32 (95% CI 1,40 bis 3,85). Modifiziert nach [Siegmann et al. JAMA 2018].

sammenfassend meist von Hashimoto-Thyreoiditis oder AIT.

Die Erkrankung führt im Verlauf zu einer Hypothyreose, allerdings kann es bei einem Erkrankungsschub mit Zerfall von größeren Mengen Schilddrüsengewebes auch zu einer vorübergehenden Hyperthyreose kommen. Die oben zitierte JAMA-Studie fand in den USA

eine Prävalenz von 4–13 %. In Westeuropa finden sich Erkrankungshäufigkeiten bis 2 % mit Hypothyreose und subklinische Verläufe bis 8 %. Frauen erkranken deutlich häufiger als Männer. Bekannt sind familiäre Häufungen.

In den **Abb. 1** und **Abb. 2** sehen Sie den Zusammenhang zwischen AIT und Depressionen und Angststörungen. Bei

de Abbildungen stammen aus der hier genannten Studie.

Symptome erst hyperthyreotisch, später hypothyreotisch

Die häufigsten Symptome sind zu Beginn eher Hyperthyreose-typisch: innere Unruhe, feinschlägiger Tremor der Hände, Schlafstörungen, Schwitzen, Herzrhythmusstörungen und Palpitationen, feuchtwarme Haut, Gewichtsverlust trotz guten Appetits und bei Frauen unregelmäßige Menstruation.

Mit Fortschreiten der Erkrankung erfolgt ein Wechsel zu Hypothyreose-typischen Symptomen: Neigung zum Frieren, Ödeme im Gesicht, Heiserkeit und Räuspern (Stimmbandödem), Globusgefühl, Depression, Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, trockene Haare, trockene Haut und Juckreiz, Haarausfall, Gewichtszunahme, Bradykardie, Ausbleiben der Menstruation, Muskelschwäche, Gelenkschmerzen.

Diagnose wird mittels Schilddrüsenantikörper bestimmt

Zur Diagnosestellung werden Antikörper gegen Schilddrüsengewebe bestimmt.

- Thyreoperoxidase-Antikörper, Anti-TPO, (auch mikrosomale Antikörper MAK)
- Thyreoglobulin-Antikörper, Tg-AK (auch TAK)

Da in den meisten Fällen Anti-TPO erhöht ist und Tg-AK weniger häufig, bestimmen wir in unserer Praxis bei jedem Erstauftreten von Depressionen oder Angsterkrankungen bei entsprechender Anamnese oder Familienanamnese zunächst aus wirtschaftlichen Gründen nur Anti-TPO. Hiermit lassen sich über 90 % der AIT diagnostizieren. Die Bestimmung von TSH, T3, T4 alleine führt bei der Diagnostik einer AIT nicht weiter, da diese Werte trotz Vorliegen einer AIT normal sein können. TSH sollte jedoch im Verlauf zur Beurteilung der Entwicklung einer Hypothyreose öfter, etwa alle drei bis sechs Monate, bestimmt werden.

Auch die Schilddrüsenultraschalluntersuchung kann zwar ein echoarmes Bild als Folge der Zerstörung des Schilddrüsengewebes zeigen, dies ist aber für die Diagnose nicht beweisend, ebenso nicht die Fest-

stellung der Größe der Schilddrüse. Letztlich beweisend ist die Histologie nach Feinnadelbiopsie der Schilddrüse.

Das Vorliegen einer AIT ohne Vorhandensein der beschriebenen Antikörper ist jedoch extrem selten, sodass man von einer routinemäßigen Biopsie absehen kann. Die Schilddrüsenszintigrafie erlaubt die Unterscheidung eines erhöhten oder erniedrigten Uptake des radioaktiv markierten Technetiums, das meist verwendet wird, da es in seinen Eigenschaften dem von der Schilddrüse verstoffwechselten Jod gleicht. Bei einer Basedow-Erkrankung findet man ein erhöhtes, bei einer Hashimoto-AIT ein erniedrigtes Uptake.

Eine endokrine Orbitopathie (Morbus Basedow) ist ebenfalls eine schilddrüsenassoziierte Autoimmunerkrankung, die durch Thyreotropinrezeptor-Autoantikörper (TRAK, auch TSH-Rezeptor-Autoantikörper, TSHR-AK) hervorgerufen wird, der den Rezeptor stimuliert. Das Vorliegen von TRAK ist praktisch beweisend für das Vorliegen eines Morbus Basedow.

Substitution von Schilddrüsenhormonen

Da es keine ursächliche Behandlung der AIT gibt, besteht die Behandlung in der Substitution der Schilddrüsenhormone. Hier lohnt es sich oft, nachzuschauen, ob zusätzlich eine Umwandlungsstörung von T4 zu biologisch aktiven T3 vorliegt. In diesem Fall kommt eine Kombination der Substitution von beiden Substanzen in Betracht, beispielsweise L-Thyroxin plus Trijodthyronin (etwa Thybon) im Verhältnis 4 : 1. Häufig berichten Patienten auch von einer guten Wirksamkeit durch die Einnahme von Selen.

Diabetes, Morbus Addison, Zöliakie, Vitiligo etc. als Komorbiditäten

Die AIT wird zu den polyendokrinen Autoimmunerkrankungen gezählt und tritt häufig gleichzeitig mit anderen Autoimmunerkrankungen wie Diabetes mellitus, Morbus Addison, Zöliakie und Vitiligo auf. Das Vorliegen eines Lupus erythematodes ist häufiger als in der Allgemeinbevölkerung zu finden, eine sehr hohe Zahl von Patienten zeigen gleichzeitig ein Fibromyalgiesyndrom.

Häufigkeit bei Vorliegen einer AIT deutlich erhöht

Die Metastudie, die im JAMA veröffentlicht wurde [1], zeigte, dass die Wahrscheinlichkeit, bei Vorliegen einer AIT eine Depression zu entwickeln, 3,3-mal so hoch war als bei gesunden Kontrollpersonen. Die Wahrscheinlichkeit, eine Angststörung zu entwickeln, war mehr als doppelt so hoch wie bei gesunden Kontrollpersonen.

Fazit für die Praxis

Zur Diagnostik einer Depression oder Angsterkrankung gehört eine gründliche Anamnese. Fragen Sie dazu gezielt nach Schilddrüsenentzündungen in der Familie! Eine Labordiagnostik auf AIT ist sinnvoll. Mit der Bestimmung von Anti-TPO (MAK) lassen sich über 90 % der AIT diagnostizieren. Bei Vorliegen eines Basedow-Aspekts sollte auch TRAK bestimmt werden. Umgekehrt sollten Hausärzte und Internisten bei bekanntem Vorliegen einer AIT auf das erhöhte Vorkommen von Angsterkrankungen oder depressiven Störungen sensibilisiert sein.

Literatur

1. Siegmann E-M et al. Association of Depression and Anxiety Disorders With Autoimmune Thyroiditis- A Systematic Review and Meta-analysis, JAMA Psychiatry 2018;75(6):577-84

AUTOREN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

Vorsitzende des BVDP
Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie,
Psychotherapeutische Medizin
Breite Straße 63
56626 Andernach
E-Mail: C@Dr-Roth-Sackenheim.de



Prof. Dr. Dr. Katharina Domschke

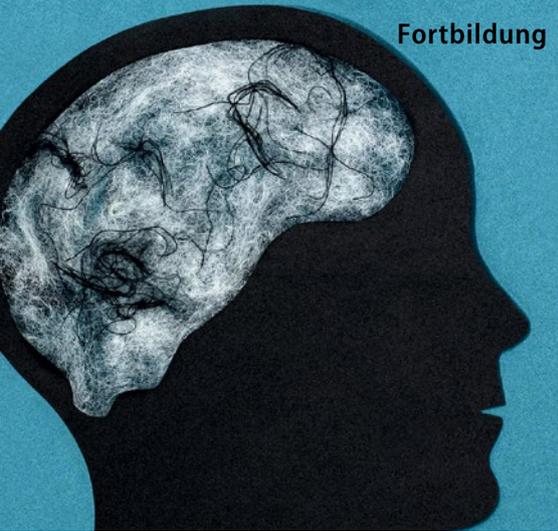
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg

PD Dr. habil Teja Grömer

Praxisklinik für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Bamberg

Hier steht eine Anzeige.





Psychiatrische Kasuistik

Antidepressiva: Sexuelle Funktionsstörungen und Absetzsymptome

Testen Sie Ihr Wissen!

In dieser Rubrik stellen wir Ihnen abwechselnd einen bemerkenswerten Fall aus dem psychiatrischen oder dem neurologischen Fachgebiet vor. Hätten Sie die gleiche Diagnose gestellt, dieselbe Therapie angesetzt und einen ähnlichen Verlauf erwartet? Oder hätten Sie ganz anders entschieden? Mithilfe der Fragen und Antworten am Ende jeder Kasuistik vertiefen Sie Ihr Wissen.

Die Kasuistiken der letzten Ausgaben

NT 10/2019

Rezidivierende lumboischialgiforme Symptomatik

NT 9/2019

Antipsychotika-induziertes Pisa-Syndrom

NT 7-8/2019

Progrediente Ophthalmoplegie

NT 5/2019

Ein Fall mit ulnar betonter Brachialgie

NT 4/2019

Medikamenteninduziertes psychotisches Syndrom

NT 3/2019

Ein Fall mit fehlenden Vorbefunden

NT 1-2/2019

Schwer behandelbare Depression

Das Online-Archiv unter

<https://www.springermedizin.de/link/16383722>



Aktuelle Anamnese

Der 56-jährige Patient stellte sich aufgrund einer mittelschweren, therapieresistenten depressiven Episode zur stationären Aufnahme vor. Der Patient berichtete von einer niedergedrückten Stimmung, die zeitweise in Gereiztheit umschlage, von ängstlicher Anspannung sowie Freudlosigkeit, Interessensverlust, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, einem Gefühl der ständigen Überforderung und Reizüberflutung, schneller Erschöpfbarkeit, vermindertem Selbstwertgefühl, sozialem Rückzug, reduziertem Antrieb sowie Ein- und Durchschlafstörungen mit Früherwachen.

Der Patient erklärte, er habe sich nie vorstellen können, in seinem Leben je eine Depression zu erleiden, diese sei dann im Alter von 53 Jahren „plötzlich über ihn hereingebrochen“ und habe sein Leben völlig verändert. Er habe seine berufliche Karriere beenden müssen und sei gleichzeitig seit dieser Zeit auch körperlich wiederholt schwer erkrankt gewesen. Er nehme mittlerweile viele Medikamente ein, von denen er nicht sicher wisse, ob sie überhaupt helfen würden oder nicht vielmehr mit Nebenwirkungen wie sexuellen Funktionsstörungen einhergingen. Er wünsche sich bei subjektiv auch unter verschiedenen medikamentösen Behandlungsstrategien unverändert fortbestehender depressiver Symptomatik daher zunächst eine Beendigung der psychiatrischen Medikation und anschließend eine Neubewertung möglicher Therapieoptionen. Eine Beendigung seiner antidepressiven Behandlung sei jedoch in einem vorangegangenen stationären Aufenthalt abgebrochen worden, da es ihm bereits bei einer Dosisreduktion „hundeelend“ gegangen sei.

Medikation bei Aufnahme

Zum Aufnahmezeitpunkt nahm der Patient 300 mg/Tag Venlafaxin, 450 mg/Tag Pregabalin, 25 mg/Tag Agomelatin, 5 mg/Tag Tadalafil sowie 160/25 mg/Tag Valsartan/Hydrochlorothiazid ein.

Psychiatrische Vorgeschichte

Erstmals trat eine depressive Symptomatik Anfang 2015 auf, anschließend wurde im Herbst 2015 eine ambulante psychiatrische Behandlung begonnen sowie ein medikamentöser Therapieversuch mit Escitalopram, jedoch ohne Erfolg. 2016 erfolgte der erste stationär-psychiatrische Aufenthalt mit der Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome und einer generalisierten Angststörung. Nach medikamentösen Behandlungsversuchen mit Escitalopram, Mirtazapin, Amitriptylin (bis 200 mg/Tag) sowie Venlafaxin (bis 300 mg/Tag) in Kombination mit Quetiapin bis 600 mg/Tag und Pregabalin bis 150 mg/Tag gelang eine Teilremission. 2017 wurde der Patient teilstationär mit der Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome behandelt. Ein Absetzversuch von Venlafaxin wurde nicht toleriert, letztlich wurde der Patient wieder auf die Ausgangsdosis eingestellt. 2018 erfolgte eine erneute stationäre Behandlung aufgrund einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome. Entlassen wurde der Patient teilremittiert mit Venlafaxin 300 mg/Tag, Agomelatin 25 mg/Tag und Pregabalin 450 mg/Tag.

Familienanamnese

Seine Mutter habe an Depressionen gelitten, ansonsten sei die Familienanamnese leer.

Suchtmittelanamnese

Der Patient berichtete, gelegentlich geringe Mengen Alkohol zu konsumieren, jedoch kein Nikotin und keine weiteren Suchtmittel.

Somatische Anamnese

Er leide seit mehreren Jahren an einer arteriellen Hypertonie, erklärte der Patient. 2017 sei ein Vorhofflattern festgestellt worden, welches erfolgreich elektrisch kardiovertiert worden sei. Zwischen 2016 und 2018 kam es unter anderem in Zusammenhang mit Prostatitiden sowie einer Prostatavergrößerung mehrfach zu einem Harnverhalt. 2017 habe er eine Sepsis erlitten, die eine intensivmedizinische Behandlung notwendig gemacht habe. 2018 wurde die Diagnose eines Prostatakarzinoms gestellt. Seit der Prostatektomie mit pelviner Lymphadenektomie leide der Patient zusätzlich auch an einer Harninkontinenz.

Soziobiografische Anamnese

Der Patient sei gemeinsam mit seiner jüngeren Schwester im Elternhaus aufgewachsen, seine Kindheit habe er als harmonisch erlebt. Nach dem Abitur habe er zunächst eine kaufmännische Lehre absolviert und anschließend Betriebswirtschaftslehre studiert. Er sei seither in verschiedenen großen Unternehmen in leitender Position tätig gewesen. 1999 habe er geheiratet, die Ehe beschreibt er als unterstützend. Er wohne in einem gemeinsamen Haushalt mit seiner Ehefrau. Seit Beginn der depressiven Symptomatik habe er sich nicht mehr in der Lage gesehen, seiner beruflichen Tätigkeit nachzukommen. Gegenwärtig beziehe er eine zeitlich befristete Erwerbsunfähigkeitsrente. Finanzielle Schwierigkeiten bestünden nicht.

Psychopathologischer Befund bei Aufnahme

Der Patient war wach und zu allen Qualitäten orientiert. Er beklagte ausgeprägte subjektive Konzentrationsstörungen, serielle Subtraktion erfolgte langsam und fehlerfrei. Im formalen Denken war der Patient gehemmt, geringfügig verlangsamt, umständlich und weitschweifig mit Grübelneigung. Inhaltlich zeigte sich der Patient eingengt auf die depressive Symptomatik so-

wie auf Sorgen bezüglich der körperlichen Gesundheit und Zukunftsängste. Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen waren nicht vorhanden, ebenso keine Zwänge oder Phobien. Im Affekt war der Patient niedergedrückt, vermindert schwingungsfähig, berichtete Anhedonie, Interessensverlust und Insuffizienzgefühle. Der Antrieb war reduziert. Psychomotorisch war der Patient geringfügig unruhig. Er litt an Schlafstörungen in Form von Ein- und Durchschlafstörungen sowie einem Gefühl des unerholsamen Schlafes mit Tagesmüdigkeit und schneller Erschöpfbarkeit. Seine Libido war reduziert und es bestand eine erektile Dysfunktion. Sein Appetit war regelrecht bei konstantem Gewicht. Zudem berichtete der Patient von Lebensüberdrußgedanken, es bestand jedoch keine akute Suizidalität.

Untersuchungsbefunde

Es zeigte sich ein 56-jähriger Patient in gutem Allgemein- und Ernährungszustand (Body-Mass-Index 28,4). Internistisch und neurologisch zeigte sich ein regelrechter Befund. Labor, EKG und cMRT erbrachten keinen wegweisenden Befund.

Therapie und Verlauf

Aufgrund einer therapieresistenten depressiven Episode wurde der Patient stationär aufgenommen. Der Patient gab an, nicht ausreichend von der antidepressiven medikamentösen Behandlung profitiert zu haben, nahm jedoch an, dass eine bestehende erektile Dysfunktion zumindest teilweise auf die psychopharmakologische Behandlung zurückzuführen sei, und wünschte ein Absetzen. Daher strebten wir zunächst in Absprache mit dem Patienten eine Beendigung der vorbestehenden Medikation mit Venlafaxin, Agomelatin und Pregabalin an. Der Patient berichtete hierzu, dass das Absetzen besonders von Venlafaxin in vorangegangenen stationären Aufenthalten zwar versucht, aber nicht gelungen sei, da er sich bereits in Zusammenhang mit Dosisreduktionen so schlecht gefühlt habe, dass man sich für eine Weiterführung der Medikation in der ursprünglichen Dosierung entschieden habe. Wir werteten die in Zusammenhang mit Dosisreduktionen von

Venlafaxin in der Vergangenheit geschilderten Symptome als Absetzsymptome und begannen eine langsam schrittweise Dosisreduktion von Venlafaxin unter zunächst Beibehaltung von Pregabalin in geringfügig reduzierter Dosis. Agomelatin setzten wir ab. In Zusammenhang mit Dosisreduktionen von Venlafaxin beklagte der Patient zunehmende Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, innere Unruhe, ängstliche Anspannung, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen. Schlafanstoßend gaben wir daraufhin Trazodon bis 150 mg/Tag mit gutem Erfolg. Nach Absetzen von Venlafaxin erreichten die Beschwerden innerhalb der ersten sieben Tage nach Beendigung ihr Maximum und bildeten sich ab der zweiten Woche langsam zurück. Pregabalin setzten wir daraufhin ebenfalls ab, ohne dass sich eine weitere auch vorübergehende Verschlechterung des Zustands ergab.

Nach erfolgreicher Beendigung der Medikation mit Venlafaxin, Pregabalin und Agomelatin und Abklingen der vorübergehend aufgetretenen Absetzsymptome beklagte der Patient eine im Vergleich zum Aufnahmebefund gleichbleibende, mittelschwere depressive Symptomatik mit im Vordergrund stehender Anhedonie, Interessellosigkeit und Antriebsstörung. Bei bestehender Ambivalenz des Patienten bezüglich einer erneuten psychotropen Medikation etwa mit Bupropion führten wir zunächst eine Schlafentzugstherapie durch, mit kurzfristig gutem Erfolg. Anschließend initiierten wir bei therapieresistenter depressiver Episode einen individuellen Heilversuch mit insgesamt sechs Ketamin-Infusionen (0,5 mg Ketamin/kg Körpergewicht über 45 Minuten intravenös). Bei guter Verträglichkeit kam es dabei zu einem deutlichen Rückgang und im Weiteren zu einer Remission der depressiven Symptomatik. Der Patient berichtete über eine deutliche Stimmungsaufhellung, zeigte sich formalgedanklich weniger verlangsamt und gehemmt, offener im Kontakt, hoffungsvoller und zukunftsorientierter.

Als Rückfallprophylaxe entschieden wir uns gemeinsam mit dem Patienten vor dem Hintergrund seiner Sorge vor Nebenwirkungen und Absetzsymptomen sowie der subjektiv bisher unzurei-



Depressive Patienten müssen unter der medikamentösen Therapie häufig mit sexuellen Funktionsstörungen und Absetzsymptomen kämpfen.

chenden Wirkung von Antidepressiva für eine Fortführung der bestehenden Medikation mit Trazodon sowie einer ergänzenden intermittierenden Schlafentzugstherapie. Im Falle eines sich andeutenden Rückfalls in die depressive Episode besprachen wir mit dem Patienten den Beginn einer antidepressiven Therapie mit Bupropion oder Tianeptin.

Im Rahmen der stationären Therapie fanden auch psychotherapeutische Einzelgespräche mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt statt. Neben der Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells setzte die Therapie an der Aktivierung persönlicher Ressourcen an. Im Fokus standen zudem die Bewältigung von belastenden Gedanken, Selbstwertstärkung und eine berufliche Zukunftsorientierung. Der Patient profitierte von den Sitzungen. Insgesamt konnte eine Remission der depressiven Symptomatik erreicht und der Patient nach mehrfachen sozialen Belastungserprobungen in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden.

Diskussion

Der geschilderte Fall umfasst zwei Aspekte, die in der Behandlung depressiver Episoden recht häufig sind und dennoch oftmals nicht thematisiert werden: sexuelle Funktionsstörungen und Absetzsymptome.

Sexuelle Funktionsstörungen (bei Männern vor allem erektile Dysfunktionen und Ejaculatio praecox; bei Frauen vor allem Libido- und Orgasmusstörungen) sind besonders bei Patienten mit

psychiatrischen Störungen wie etwa depressiven Störungen, Schizophrenien, Abhängigkeitserkrankungen oder Angststörungen häufig. Sexuelle Funktionsstörungen sind meist multifaktoriell bedingt, eine genaue Zuordnung zu potenziellen Ursachen wie etwa medizinischen Krankheitsfaktoren, Substanzkonsum, verschiedenen Medikamenten, Beziehungsproblemen und anderen Stressoren ist oft nicht möglich [1]. Besonders für erektile Dysfunktionen, wie sie auch in diesem Fall bestehen, zeigt sich eine Altersabhängigkeit und Komorbidität mit Diabetes sowie Herz- und Kreislauf-Erkrankungen. Im vorliegenden Fall spielen bezüglich der erektilen Dysfunktion vermutlich die bestehende depressive Episode, die arterielle Hypertonie, die Prostataktomie bei Prostatakarzinom und die Therapie mit Venlafaxin und Pregabalin, für das ebenfalls sexuelle Funktionsstörungen als Nebenwirkung beschrieben werden, eine Rolle.

Die Behandlung sexueller Funktionsstörungen umfasst eine interdisziplinäre Diagnostik und Therapie, die oft aus einer Kombination psychotherapeutischer und medikamentöser Maßnahmen besteht. Für erektile Funktionsstörungen, wie sie im vorliegenden Fall bestanden, liegt der Therapieschwerpunkt bei den selektiven Phosphodiesterase-Typ-5-Inhibitoren (PDE-5-Hemmer), wie etwa im vorliegenden Fall Tadalafil. In Bezug auf medikamenteninduzierte sexuelle Funktionsstörungen können verschiedene Arzneimittel Ursache einer sexuellen Funktionsstörung sein, für erektile Dys-

funktionen etwa ACE-Hemmer, Clonidin, Kalziumantagonisten, Kortikosteroide, Spironolacton oder Thiazide [1]. Unter Antidepressiva treten auch häufig sexuelle Funktionsstörungen auf, als Mechanismen werden eine Stimulation von 5-HT₂- und 5-HT₃-Rezeptoren (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer [SSRI] und andere), anticholinerge Wirkungen (trizyklische Antidepressiva [TZA] und andere), eine Hemmung der NO-Synthase (etwa bei Paroxetin) und auch eine mögliche Prolaktinerhöhung (geringgradig unter SSRI und anderen Antidepressiva) sowie D₂-antagonistische Wirkung (z. B. bei Trimipramin, Clomipramin) angenommen [1]. Das Risiko sexueller Funktionsstörungen ist dabei zwischen den einzelnen Substanzen unterschiedlich ausgeprägt: Günstig in Bezug auf sexuelle Funktionsstörungen sind unter den Antidepressiva Bupropion, Agomelatin, Mirtazapin, Moclobemid, Reboxetin, Tianeptin, Trazodon und Vortioxetin, wobei als seltene Komplikation unter Trazodon Priapismus auftreten kann. Für Paroxetin fand sich im Vergleich zu anderen SSRI eine erhöhte Rate sexueller Funktionsstörungen [2, 3, 4].

Eine mögliche Therapiestrategie bei Antidepressiva-induzierten sexuellen Funktionsstörungen kann – sofern möglich und im Einzelfall vertretbar – eine Dosisreduktion des Antidepressivums oder ein vorübergehendes Aussetzen etwa über das Wochenende („drug holidays“) sein. Alternativ kann durch die Zugabe von Bupropion oder Mirtazapin oder PDE-5-Inhibitoren zu dem bestehenden Antidepressivum versucht werden, eine Besserung zu erreichen. Bei anhaltenden sexuellen Dysfunktionen sollte ein Wechsel auf ein Antidepressivum mit günstigerem Nebenwirkungsprofil (siehe oben) erwogen werden.

Absetzsymptome sind nach schlagartigem Abbruch der Antidepressiva-einnahme nach langfristiger Therapie von mehr als vier bis sechs Wochen insbesondere mit SSRI (mit kurzer Halbwertszeit, besonders Paroxetin), Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (besonders Venlafaxin), TZA und Monoaminoxidase (MAO)-Hemmern möglich. Symptome können Schwindel, Gangunsicherheit, Übelkeit, Erbrechen,

grippeähnliche Symptome (Abgeschlagenheit, Gliederschmerzen), sensible Störungen (Parästhesien, elektrisierendes Gefühl) und Schlafstörungen sein [4, 5]. Auch Irritabilität, gedrückte Stimmung, psychomotorische Unruhe, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen bis hin zur Verwirrtheit können auftreten. Die Symptomatik ist meist leicht ausgeprägt und bildet sich spontan oft nach zwei bis drei Wochen zurück. Es werden jedoch auch schwere und prolongierte Verläufe über mehrere Wochen beschrieben [6, 5]. Ein höheres Risiko für Absetzsymptome zeigen SSRI (besonders Paroxetin), Venlafaxin, TZA und MAO-Hemmer [5], während für Agomelatin, Fluoxetin und ebenso Milnacipran auch bei abruptem Absetzen ein geringes Risiko beziehungsweise eine sehr milde Ausprägung beschrieben wird.

Wichtig ist die Aufklärung von Patienten über mögliche Absetzsymptome und die Abgrenzung zu einem Rückfall oder Rezidiv in eine depressive Episode. Hilfreich dabei kann die zeitliche Entwicklung der Symptome sein, mit Auftreten in raschem und unmittelbarem

Zusammenhang mit einer Dosisreduktion oder Beendigung von Antidepressiva (typischerweise beginnend innerhalb von wenigen Tagen bis einer Woche, ab der zweiten Woche beginnende Rückbildung). Auch lässt die Art der Symptome sich oftmals von einem Rückfall oder Rezidiv unterscheiden, wenngleich einige Symptome der Grunderkrankung ähneln können [5, 6]. Eine erneute Dosiserhöhung oder ein Wiederaussetzen des Antidepressivums bringt im Fall von Absetzsymptomen meist eine umgehende Rückbildung der Symptome mit sich, während sich die Therapie eines Rückfalls oder Rezidiv als schwieriger erweist und ein Wiederaussetzen desselben Antidepressivums nicht zwingend erfolgreich ist. Liegen Absetzsymptome vor, kann aufgrund des oftmals milden und transienten Charakters nach Aufklärung des Patienten abgewartet oder bei ausgeprägten Symptomen symptomatisch behandelt werden. Auch wenn durch eine langsame Dosisreduktion Absetzsymptome nicht sicher vermieden werden können, ist eine solche zur Ermöglichung von Adaptationsvorgängen und der Verringerung der Ausprägung in je-

dem Fall sinnvoll, sofern nicht aus anderen Gründen eine rasche oder sofortige Beendigung erwünscht oder notwendig ist. So sollten zum Beenden einer (erfolgreichen) Erhaltungstherapie Antidepressiva in der Regel langsam ausschleichend über sechs bis acht Wochen abgesetzt werden. Bei Beendigung einer Rezidivprophylaxe sollte eine Dosisreduktion über einen Zeitraum von mehreren Monaten erfolgen.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTORIN

Dr. med. Francesca Regen

Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Charité – Universitäts-
medizin Berlin

E-Mail: Francesca.
regen@charite.de



Fragen und Lösungen

Frage 1

Welches Antidepressivum zeigt ein günstiges Nebenwirkungsprofil in Bezug auf sexuelle Funktionsstörungen?

- Paroxetin
- Amitriptylin
- Bupropion
- Clomipramin
- Venlafaxin

Lösung

Antwort c ist richtig. Ein günstiges Nebenwirkungsprofil in Bezug auf sexuelle Funktionsstörungen zeigen unter den Antidepressiva Bupropion, Agomelatin, Mirtazapin, Moclobemid, Reboxetin, Tianeptin, Trazodon und Vortioxetin, wobei als seltene Komplikation unter Trazodon Priapismus auftreten kann.

Für Paroxetin fand sich im Vergleich zu anderen selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern eine erhöhte Rate sexueller Funktionsstörungen.

Frage 2

Unter welchem Antidepressivum sind bei abruptem Absetzen typischerweise keine ausgeprägten Absetzsymptome zu erwarten?

- Paroxetin
- Venlafaxin
- Fluoxetin
- Tranlycypromin
- Amitriptylin

Lösung

Antwort c ist richtig. Ein höheres Risiko für Absetzsymptome zeigen SSRI (besonders Paroxetin), Venlafaxin, TZA und MAO-Hemmer, während für Agomelatin, Fluoxetin und auch Milnacipran ein geringeres Risiko beziehungsweise eine mildere Ausprägung beschrieben wird.

Frage 3

Welche Aussage trifft nicht zu? Typische Absetzsymptome bei abrupter Beendigung einer langfristigen Therapie mit Antidepressiva sind:

- Schüttelfrost und Fieber
- Grippeähnliche Symptome
- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
- Parästhesien
- Übelkeit und Erbrechen

Lösung

Antwort a ist richtig. Symptome können Schwindel, Gangunsicherheit, Übelkeit, Erbrechen, grippeähnliche Symptome, sensible Störungen wie Parästhesien oder ein elektrisierendes Gefühl sowie Schlafstörungen sein. Auch Irritabilität, gedrückte Stimmung, psychomotorische Unruhe, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen bis hin zur Verwirrtheit können auftreten.

Bei der Psychopharmakotherapie müssen Interaktionen zwischen seelischen Vorgängen und der Haut beachtet werden.



Hauterkrankung und Psyche

Psychopharmakotherapie bei dermatologischen Erkrankungen

Viele dermatologische Erkrankungen treten bei Komorbiditäten mit psychischen Störungen auf, umgekehrt gibt es eine Reihe primär psychischer Erkrankungen mit dermatologischem Symptombefund. Da sowohl die Pharmakotherapie dermatologischer Erkrankungen mit psychischen als auch die Psychopharmakotherapie häufig mit dermatologischen Symptomen verbunden ist, sind bei der Psychopharmakotherapie dermatologischer Patienten pharmakokinetische und -dynamische Wechselwirkungen relevant.

THOMAS MESSER, LARISSA HAAG, GEORG JUCKEL, PARASKEVI MAVROGIORGOU

Nervensystem und Haut haben den gleichen embryogenen Ursprung. Die enge anatomisch-funktionelle Beziehung zwischen Gehirn und Haut findet Ausdruck in der empirischen und wissenschaftlich bestätigten Beobachtung der Zunahme und Verschlechterung von Hauterkrankungen bei erhöhter emotionaler sowie psychischer Überlastung und Überforderung [1].

Die „Psycho-Dermato-Neuroimmunologie“ untersucht mögliche Interaktionen zwischen seelischen Vorgängen und der Haut, wobei ein komplexes Wechselspiel vorliegt: Es gibt Hauterkrankungen, bei denen psychische Faktoren einen erheblichen Einfluss auf die Manifestation und den Verlauf der Hautsymptomatik haben, zum Beispiel atopische Dermatitis, Psoriasis, Akne vulgaris und andere, die als „Psychosomatische Dermatosen“ zusammengefasst werden. Umgekehrt werden chronische Hauterkrankungen von den Betroffenen oft als hochgradig psychisch belastend erlebt. Dies kann bei entsprechender Disposition zur Manifestation psychischer Störungen führen („Somatopsychische Dermatose“) [2] (**Abb. 1**).

Psychische Störungen mit vorwiegend hautbezogener Symptomatik, etwa Dermatozoenwahn, somatoforme Störungen oder artifizielle Dermatosen (chronische vorgetäuschte Störungen) lassen sich als weitere eigene Kategorie beschreiben. Besonders relevant sind aber auch die psychischen Beeinträchtigungen durch die pharmakologische Therapie einer Hauterkrankung, zum Beispiel einer Chemo- oder Immuntherapie einerseits und die dermatologischen Nebenwirkungen von Psychopharmaka in der Behandlung psychischer Störungen andererseits.

Allgemein wird angenommen, dass ein Drittel der Patienten mit einer Hauterkrankung zusätzlich eine psychische Sympto-

matik entwickeln, die sich wiederum ungünstig auf die primäre Hauterkrankung auswirkt [3, 4]. In den bisher publizierten Untersuchungen werden Komorbiditätsraten von 20–50% angegeben [5, 6, 7, 8]. Weiterhin war festzustellen, dass dermatologische Erkrankungen bei Patienten mit einer primären psychischen Störung signifikant häufiger vorkommen, als bei jenen ohne eine psychiatrische Grunderkrankung (71,5% vs. 22%) [9]. Vor allem Depressionen und Angststörungen treten bei Patienten mit einer Hauterkrankung gehäuft auf [10], wobei die Intensität der psychischen Symptomatik sowohl den Beginn als auch den Verlauf der dermatologischen Erkrankungen beeinflusst.

Patienten mit chronischen psychiatrischen Erkrankungen weisen ihrerseits mit bis zu 70% deutlich öfter auch komorbide dermatologische Erkrankungen auf [11], wobei hier insbesondere infektiöse Hauterkrankungen, zum Beispiel Skabies oder Mykosen anzutreffen sind.

Patienten mit einer dermatologischen Erkrankung und psychiatrischer Komorbidität sollten frühzeitig auf die Möglichkeit und Notwendigkeit einer psychopharmakologischen Behandlung hingewiesen werden. Somit kann nicht nur die psychische Symptomatik positiv beeinflusst, es können auch dermatologische Beschwerden gemindert werden. Zum Beispiel kann Doxepin, das antidepressiv, sedierend-angstlösend wirkt, auch effektiv gegen Juckreiz eingesetzt werden [12]. Lithium hingegen kann zu einer Verstärkung einer Psoriasis führen, während selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) auch eine Alopezia, Pruritus, Hyperhidrose oder eine erhöhte Photosensibilität begründen können. Schließlich können nahezu alle in der Psychiatrie eingesetzten Stimmungstabilisierer oder Phasenprophylaktika (z. B. Lamotrigin, Carbamazepin,

Valproat) schwere Hautreaktionen, zum Beispiel ein Stevens-Johnson-Syndrom oder eine toxische epidermale Nekrolyse hervorrufen.

Psychische Symptome bei dermatologischen Patienten

Emotionale Faktoren spielen als Ursache und im Verlauf von Hauterkrankungen eine bedeutsame Rolle. Im Neuro-Immuno-Cutan-Endokrinen-Modell (NICE) werden Zusammenhänge zwischen der Haut als Zielorgan sowie Stresshormonen, Cytokinen oder Immunmodulatoren (z. B. TNF-alpha, Interleukinen) und Neurotransmittern beschrieben.

Akne vulgaris

Bei der Akne vulgaris – eine Erkrankung der Jugend und des jungen Erwachsenenalters – handelt es sich um eine multifaktoriell bedingte Entzündung der Talgdrüsen, die sich zum Beispiel im Gesicht, aber auch an anderen Körperstellen mit der Ausbildung von Komedonen („Mitessern“) manifestiert. Das subjektive Krankheitserleben der Aknepatienten korreliert häufig überhaupt nicht mit dem objektiven ärztlichen Befund, sodass diese Patienten in besonderer Art und Weise einer vertrauensvollen ärztlichen Begleitung bedürfen. Psychosozialer Stress, etwa problematische interpersonelle Beziehungen, soziale Isolation, eine unrealistische Wahrnehmung des eigenen Körpers und ein beeinträchtigtes Selbstwertgefühl können eine Akne vulgaris erheblich negativ beeinflussen und zu einer Exazerbation der Symptomatik führen [13, 14].

Wesentliche komorbide psychiatrische Störungen bei Akne vulgaris sind Angststörungen, die in 25–44 % der Fälle festzustellen sind. Hierzu zählt insbesondere die soziale Phobie, die zu Rückzug, Isolation und Vereinsamung oder dem Gefühl der Ausgrenzung führen kann. Depressionen treten bei bis zu 30 % auf, wobei das Risiko für eine Depression zu Beginn der Akne signifikant höher ist als im Verlauf [15]. Wenn darüber hinaus eine starke Selbstwertreduktion, Inferioritäts- und Insuffizienzgefühle sowie das Gefühl fehlender sozialer Akzeptanz hinzukommen, lassen sich häufig auch autoaggressive Tendenzen bis hin zu suizidalen Gedanken oder Impulsen beobachten [16, 17].

Differenzialdiagnostisch sind die Störungen aus dem Spektrum der Zwangsstörung und verwandten Störungen wie die Dermatillomanie oder die Körperdysmorphie Störung und selten auch wahnhafter Störungen abzugrenzen. Als psychopharmakologische Therapieoption kommt bei strenger Indikationsstellung und einer mindestens als mittelschwer feststellbaren depressiven Symptomatik der Einsatz von Antidepressiva (z. B. SSRI) in Betracht.

Im Hinblick auf die bei Akne vulgaris meist erfolgreich angewandte Behandlung mit Isotretinoin ist die Befundlage zu einem seit längerer Zeit diskutierten erhöhten Suizidrisiko inkonsistent [18, 19, 20, 21]. Nachdem jedoch Einzelfallbeobachtungen und epidemiologische Studien bislang keinen robusten Beleg für eine erhöhte Suizidalität infolge einer Isotretinoin-Medikation gefunden haben, empfehlen die derzeit gültigen Leitlinien weiterhin Isotretinoin zur Therapie einer ausgeprägten Akne vulgaris. Allerdings sollten die behandelten Patienten umfassend über Symptome einer Depression einschließlich Suizidgedanken informiert und gegebenenfalls psychiatrisch evaluiert werden [22].

Atopische Dermatitis

Die atopische Dermatitis, die sich bei mehr als 90 % der Betroffenen bereits vor dem fünften Lebensjahr manifestiert, stellt eine häufig chronisch verlaufende immunologisch-inflammatorische, ekzematöse Hauterkrankung dar. Sie geht mit Juckreiz, Rötung, Schuppenbildung, Abschürfungen und Lichenifikation einher.

Die Erkrankung (fälschlicherweise allgemein auch als Neurodermatitis bezeichnet) ist häufig mit einer familiären Belastung mit anderen atopischen Erkrankungen, Asthma oder einer allergischen Rhinitis assoziiert. Sie neigt jedoch in vielen Fällen zur Exazerbation im Rahmen stressbezogener Lebensereignisse. Je schwerer der Krankheitsverlauf, desto öfter können sich in Abhängigkeit vom individuellen Leidensdruck auch Ängste und Depressionen mit Suizidgedanken oder -impulsen einstellen. Betroffene Kinder sind gefährdet, im weiteren Verlauf an einer psychischen Erkrankung, etwa an Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), einer Angststörung oder einer Depression zu erkranken. Bei 12–15 % erwachsener Atopiker konnten Angstsymptome oder eine depressive Störung mit erhöhter Suizidalität festgestellt werden [23, 24].

Die Psychopharmakotherapie erfolgt im Wesentlichen symptomatisch, wobei sowohl trizyklische Antidepressiva, TZA (z. B. Doxepin, Trimipramin [25]) eingesetzt werden können als auch moderne Antidepressiva (z. B. SSRI [26], Mirtazapin [27, 28], Venlafaxin, Bupropion [29]). Einzelfallbeobachtungen zeigten auch positive Effekte mit Chlorpromazin oder Olanzapin [12].

Psoriasis

Psoriasis ist eine erblich bedingte Autoimmundermatose mit einer Konkordanzrate von zirka 70 % bei eineiigen Zwillingen. Sie verläuft vielfach chronisch und geht mit rötlich-schuppigen Papeln oder verhärteten Plaques einher, die sich vorwiegend an Ellbogen, Knie, Kopfhaut oder in der Genitalregion manifestieren. Die Erstmanifestation liegt bei über 75 % der Patienten vor dem 40. Lebensjahr. Als Trigger für eine Exazerbation wer-



Abb. 1: Psycho-dermatologische Problemfelder

den eine Vielzahl von Faktoren diskutiert, unter anderem psychosozialer Stress [30, 31] oder eine negative Krankheitsverarbeitung. Medizinische Komorbiditäten sind vor allem eine Psoriasis-Arthritis (25 %) und kardiovaskuläre Erkrankungen.

An psychischen Komorbiditäten finden sich am häufigsten Angststörungen (> 20 %), vor allem soziale Phobie, gefolgt von Depressionen (> 10 %) und Suchterkrankungen (vor allem Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit). Suizidgedanken oder -impulse treten bei 2,5–7,2 % der Patienten auf. Es besteht darüber hinaus ein enger Zusammenhang zwischen niedrigerem Alter und Schwere der Erkrankung mit dem Auftreten von Depressionen und Suizidalität [32].

Die psychopharmakologische Behandlung erfolgt vorrangig syndrombezogen. Wegen der Assoziation zwischen Psoriasis und einem komorbiden metabolischen Syndrom sollte eine als erforderlich angesehene Psychopharmakotherapie allerdings unter besonderer Vorsicht erfolgen. Placebokontrollierte Studien mit einem Wirksamkeitsnachweis für die Behandlung eines depressiven Syndroms liegen für Moclobemid [33], Bupropion [29] und SSRI [34] vor. Der Einsatz von Lithium ist wegen seiner schubauslösenden Wirkung kontraindiziert.

Rosazea

Die Rosazea ist eine chronisch-entzündliche Hauterkrankung des Gesichts, die überwiegend Patientinnen zwischen der dritten und fünften Lebensdekade betrifft und sich mit Erythemen, Gefäßerweiterungen (Teleangiektasien) und Pusteln manifestiert. Die Befundlage zu psychischen Komorbiditäten (z. B. Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit oder Depressionen) ist inkonsistent, wobei in einer retrospektiven Untersuchung ein enger Zusammenhang zwischen Rosazea und depressiver Erkrankung, nicht aber zwischen Rosazea und Alkoholgebrauch/-missbrauch nachgewiesen werden konnte [16]. Ängstlich-depressive Syndrome dürften eher Folge als Ursache der Rosazea sein. Studien mit Psychopharmaka, die eine spezifische Wirksamkeit bei Rosazea belegen, liegen nicht vor, sodass allenfalls eine syndromale Behandlung psychiatrischer Komorbidität erfolgen kann.

Hyperhidrosis

Bei der Hyperhidrosis handelt es sich um eine primäre oder sekundäre erhöhte Schweißsekretion (Sudorrhoe), die im Bereich der Achseln, der Hände und vor allem der Füße auftritt [35]. Menschen mit einer sozialen Phobie [36] oder anderen Angststörungen haben in bis zu 12 % der Fälle eine Hyperhidrosis [37].

Bei starker Ausprägung der psychischen Symptomatik, insbesondere von Depressionen, ist eine psychopharmakologische Behandlung unter Berücksichtigung der bekannten Nebenwirkungen, vor allem einem verstärkten Schwitzen bei Einnahme von Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern (SNRI) möglich. Alternativ können aber auch (trotz einer möglichen Verursachung oder Verstärkung der dermatologischen Symptome) SSRI erwogen werden. Andere Behandlungsansätze umfassen TZA, Clonidin, Terazosin, Benzotropin und Oxybutynin.

Alopecia areata

Die Alopecia areata ist als eine erblich-autoimmunbedingte Hauterkrankung definiert, die meist zwischen dem 20. und 30.

Lebensjahr erstmals in Erscheinung tritt. Sie geht häufig mit fleckförmigen hypo- bis depigmentierten Hautveränderungen, mitunter auch mit großflächigen Defekten der Kopfhaut einher. Patienten mit Alopecia areata weisen eine hohe Komorbidität mit Angststörungen und Depressionen auf. In Abhängigkeit von der Schwere der psychischen Symptomatik werden unter Verträglichkeitsgesichtspunkten vor allem SSRI empfohlen, alternativ kommen auch TZA (z. B. Clomipramin) in Betracht.

Dermatologische Manifestationen psychiatrischer Erkrankungen

Zwangsstörung und verwandte Störungen

Im DSM-5 werden die körperbezogenen repetitiven Verhaltensstörungen („Body Focused Repetitive Behaviour“ [BFRB]), also die Trichotillomanie sowie die Skin Picking Disorder (Exkoration) zusammen mit der „Body Dysmorphic Disorder“ (BDD) in der neuen Kategorie der „Obsessive-Compulsive and Related Disorder“ (OCRD) zusammengefasst.

Bei 16 % aller Patienten mit einer Zwangsstörung besteht ein Waschzwang, der sich durch mehrfaches Händewaschen (50 bis 100 Mal/Tag) mit längeren und ritualisierten Waschungen äußert [38].

Allgemein gilt der Einsatz von SSRI, vorzugsweise in Kombination mit einer Verhaltenstherapie, als Standardbehandlung der Zwangsstörung [39]. Auch bei der Trichotillomanie, der Dermatillomanie und der körperdysmorphen Störung zählen SSRI trotz größerer Unterschiede im Therapieansprechen und teilweise fehlenden Wirkungsnachweisen in größeren placebokontrollierten Untersuchungen zu den Mitteln der ersten Wahl [40]. Als Alternative wird aufgrund seiner serotonina-gonisti-

Biologika (monoklonale Antikörper) — Infliximab — Ustekinumab	— psychotogen — depressiogen
Selektive Steroid-5α-Reduktase-Inhibitoren — Finasterid	— depressiogen — sexuelle Dysfunktionen
Immunsuppressiva — Cyclosporin	— Stimmungsveränderung — Angststörungen — Halluzinationen — Wahn — Delir
Antihistaminika — Hydroxyzin — Diphenhydramin	— sedativ — halluzinogen — psychotogen — delirogen — kognitionsbeeinträchtigend
Antimykotika/Antibiotika — Voriconazol — Minocyclin	— halluzinogen — psychotogen

Tab. 2: Häufige Hautreaktionen bei Psychopharmakotherapie

- Pruritus
- Exanthem
- Urtikaria mit oder ohne Angioödem
- Photosensitivität
- Hyperpigmentatation
- Hyperhidrosis
- Alopezie
- Hypertrichosis

Tab. 3: Häufige dermatologische Reaktionen als Folge einer Behandlung mit Psychopharmaka

Dermatologische Reaktion	Beschreibung	Vorgehen/Behandlung
Photosensitivität	Lichtempfindlichkeit/Sonnenbrandgefahr; phototoxisch vs. photoallergisch	Sonnenschutz, Kleidung; nur bei starker Reaktion Absetzen notwendig
Pigmentation	bläulich, grau oder bräunliche Veränderungen durch UV-Licht; auch Haare und Nägel	vor allem bei TZA; lange nach Absetzen noch sichtbar; Laserbehandlung möglich
Alopezie	Haarausfall	Absetzen der auslösenden Substanz, abhängig vom individuellen Leidensdruck
Akneiforme Eruptionen	follikuläre Erhebungen in Gesicht, auf Brust und oberem Rücken	Antibiotika (topische Benzoylperoxide)
Psoriasisähnliche Reaktionen	Schuppenflechte	Abwägen der Schwere der psychiatrischen Erkrankung
Seborrhoische Dermatitis	gelbliche, fettige Schuppen	Abwägen
Hyperhidrose	übermäßiges Schwitzen	<ul style="list-style-type: none"> — Aluminiumchloride — SSRI, SNRI oder TCA bedingt: Clonidin, Terazosin (antiadrenerg), Benzotropin, Oxybutynin (anticholinerg) — Aripiprazol, wenn durch Fluoxetin oder Duloxetin bedingt (serotonerg und dopaminerg bedingt)

sehen Wirkung das TZA Clomipramin ebenfalls häufig eingesetzt [41]. Obwohl SSRI insgesamt als gut verträglich gelten, sollte in Zusammenhang mit dermatologischen Erkrankungen bedacht werden, dass sie zu Alopecia, Pruritus und erhöhter Photosensibilität führen können [36].

Trichotillomanie

Als Trichotillomanie wird das wiederholte Herausziehen oder Herausreißen von Haaren bezeichnet. Das weibliche Geschlecht

überwiegt mit einem Verhältnis von 10 : 1 deutlich, die Lebenszeitprävalenz beträgt 0,6–4 % [42]. Das Störungsbild geht mit signifikantem Stress oder Beeinträchtigungen im sozialen oder beruflichen Bereich einher. Betroffene ziehen sich oftmals aus sozialen Kontakten zurück und drohen zu vereinsamen. Psychiatrische Komorbiditäten sind mit zirka 57 % häufig und umfassen vor allem Angststörungen und Depressionen [43]. Aber auch verschiedene Typen von Persönlichkeitsstörungen sind in einem Umfang von 14 – 27 % betroffen [42].

Obwohl bislang keine allgemein akzeptierte Pharmakotherapie der Trichotillomanie existiert [44] und vor allem verhaltenstherapeutische Interventionen als effektiv betrachtet werden, können bei ausgeprägter psychiatrischer Komorbidität (z. B. bei Depressionen) SSRI als erste Wahl oder Stimmungsstabilisierer (z. B. Valproat, Topiramate oder Lithium) eingesetzt werden [45, 46, 47, 48]. In schweren Fällen mit erheblicher Grübelneigung oder formal-gedanklicher Einengung können auch atypische Antipsychotika (z. B. Olanzapin, Risperidon, Quetiapin oder Aripiprazol) eingesetzt werden [49, 50].

Dermatillomanie

Die Dermatillomanie, auch „Skin Picking Disorder (SPD)“ genannte Störung, ist charakterisiert durch repetitives oder impulsives Kratzen oder Zupfen von Hautteilen, zum Beispiel an den Fingern oder an den Füßen, mit dem Resultat von Hauterosionen, Ulzerationen und Infektionen. Die Prävalenzrate liegt bei 0,03–9,4 %, vielfach beginnt die Störung im jungen Erwachsenenalter und setzt sich dann mit unterschiedlichem Leidensdruck überwiegend bei Frauen mit 30 bis 50 Jahren fort [51].

Psychiatrische Komorbiditäten sind sehr häufig anzutreffen. Angststörungen (Panikstörung, soziale Phobie, generalisierte Angststörung, posttraumatische Belastungsstörungen) finden sich in 41–65 %, affektive Störungen (Depressionen, Dysthymie, bipolare Störungen) lassen sich bei 48–68 % feststellen. Darüber hinaus treten auch Essstörungen, Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit und ADHS gemeinsam mit der Dermatillomanie auf [52].

Es liegen doppelblinde Untersuchungen vor, die den Einsatz von SSRI (z. B. Fluoxetin, Escitalopram, Sertralin) empfehlen [53]. Darüber hinaus können TZA (z. B. Doxepin, Clomipramin, Naltrexon), Antipsychotika (z. B. Aripiprazol oder Olanzapin) und Antikonvulsiva (z. B. Lamotrigin oder Valproat) verschuchsweise eingesetzt werden [54, 55].

Artifizielle Dermatitis

Bei der artifiziellen Dermatitis überwiegt das weibliche Geschlecht im Verhältnis 8 : 1. Oft lassen sich bei den Betroffenen starker psychosozialer Stress oder andere psychosomatische Erkrankungen in der Vorgeschichte feststellen. Häufige psychiatrische Komorbiditäten sind neben Angststörungen und Depressionen insbesondere auch Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen, das Suizidrisiko ist erhöht. Die psychopharmakologische Behandlung erfolgt syndrombezogen.

Wahnhaftige Störungen in der Dermatologie

Wahnhaftige Störungen in der Dermatologie (siehe auch [56]), allgemein als Dermatozoenwahn bezeichnet, werden den anhaltenden wahnhaften Störungen (ICD-10 F22) zugeordnet.

Die sehr seltene Störung tritt mit einer Prävalenz von zirka acht Fällen/100.000 Einwohner auf und betrifft Menschen zweigipflig im Alter von 20 bis 30 Jahren oder über 50 Jahren. Wegen der wahnhaften Überzeugung, dass die Ursache für die Symptomatik etwa eine Infektion sei, sind Patienten häufig für die hautärztliche Empfehlung psychiatrische Hilfen anzunehmen nicht zugänglich. Dies erschwert die Verordnung indizierter Antipsychotika [57]. Es werden vier Subtypen unterschieden:

Dermatozoenwahn

Es handelt sich um ein paranoides Syndrom mit der wahnhaften Überzeugung von verschiedenen Parasiten befallen zu sein, die die Betroffenen sehen oder hören können, vor allem aber taktile, zum Beispiel als Krabbeln unter der Haut wahrnehmen. Die Wahrnehmung führt dann zu Verhaltensauffälligkeiten mit anhaltenden Manipulationen wie Kratzen, Waschen usw.

Körperdysmorpher Wahn

Beim körperdysmorphen Wahn (Dysmorphophobie, Body Dysmorphic Disorder [BDD]) handelt es sich um die teilweise wahnhafte Überzeugung, einen körperlichen Makel oder eine Entstellung aufzuweisen. In den USA liegt die Prävalenz von BDD bei 1–2 % der Gesamtbevölkerung und bei 9–16 % der dermatologischen Patienten [58]. Die Betroffenen weisen repetitive Verhaltensstörungen auf, zum Beispiel permanentes Kontrollieren des Körpers im Spiegel, das kritische Prüfen von Haut oder Haaren oder anhaltende Größenvergleiche von Nase oder Ohren. Neben der paranoiden Symptomatik treten häufig auch Depressionen auf.

In einer systematischen Literaturübersicht zur BDD wurde ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen BDD und Suizidalität festgestellt [59]. Es existieren zwei kontrollierte Studien mit Antidepressiva, die eine Wirksamkeit gegenüber Placebo nachweisen konnten. Eine zwölfwöchige Untersuchung mit Fluoxetin (mittlere Dosierung 78 mg/Tag) ergab ebenso eine Wirksamkeitsüberlegenheit wie eine 16-wöchige Untersuchung mit Clomipramin (mittlere Dosierung 138 mg/Tag) [60].

Hypochondrischer Wahn

Beim hypochondrischen Wahn besteht eine wahnhafte Überzeugung, eine schwere Hautkrankheit zu haben.

Eigengeruchswahn

Der Eigengeruchswahn ist eine wahnhafte Überzeugung, unangenehm zu riechen.

Differenzialdiagnostisch müssen Erkrankungen aus dem Spektrum der Zwangsstörung und verwandte Störungen oder spezifische Phobien diskutiert werden, darüber hinaus gibt es auch oben genannte Phänomene als Ausdruck eines Delirs. In der Magnetresonanztomografie (MRT) finden sich morphologische Veränderungen im Putamen, testpsychologisch lässt sich eine frontale Dysfunktionalität feststellen.

Psychopharmakotherapie der Wahl sind Antipsychotika, wobei im Hinblick auf Verträglichkeitsaspekte atypische Antipsychotika (z. B. Risperidon, Amisulprid, Olanzapin) individuali-

siert eingesetzt werden sollten. Pimozid, das lange als Medikament der Wahl angesehen wurde, sollte wegen seiner nachteiligen Effekte (QTc-Verlängerung, Inhibition von CYP2D6 und CYP3A4) nur ausnahmsweise und nach kritischer Risiko-Nutzen-Abwägung verordnet werden.

Psychische Symptome als Folge einer dermatologischen Pharmakotherapie

Es gibt eine Vielzahl von Dermatologika, die mit psychischen Nebenwirkungen einhergehen können. Das in der Behandlung der Akne häufig und erfolgreich eingesetzte Isotretinoin wird

Tab. 4: Schwere und lebensbedrohliche Hautreaktionen

- Erythema multiforme
- Stevens-Johnson-Syndrom
- Toxische epidermale Nekrolyse
- Exfoliative Dermatitis
- Hypersensitivitätsvaskulitis
- Hyperhidrosis
- Alopezie
- Hypertrichosis

Tab. 5: Akute oder schwere Hautreaktionen

Reaktion	Beschreibung	Behandlung
Erythema exsudativum multiforme	kokadenförmige Entzündungen	Absetzen der Medikation
Stevens-Johnson-Syndrom Toxische epidermale Nekrolyse	Rötungen, Blasen, Ablösen der Haut; Fieber, Pharyngitis	vor allem bei Mood Stabilizern und bei Kombination Valproinsäure + Lamotrigin oder Carbamazepin; Absetzen, keine erneute Exposition!
Systemische Vaskulitis	Inflammation und Nekrose der Blutgefäßwände (unspezifische Krankheitssymptome, Fieber, Abgeschlagenheit, Myalgien, Arthralgien)	Absetzen, Entzündungshemmer, Immunsuppressoren
Erythrodermie	Rötungen, Risse, Schuppen	Absetzen der Medikation, Antihistaminika, topische Kortikosteroide
Erythema nodosum	akute inflammatorische Immunreaktion, blaurote, schmerzhafte Knötchen	Absetzen der Medikation
Exfoliative Dermatitis („Schälrötelsucht“)	großflächige oder generalisierte Reaktion, juckende Erytheme, großblättrige Schuppung, oft Verlust der Haare und Nägel, Fieber und Lymphadenopathie	Absetzen der Medikation

verdächtigt, Depressionen hervorzurufen, wobei die Befundlage uneinheitlich ist. Während Kasustiken und retrospektive Untersuchungen eine Assoziation zwischen Depression und Isotretinoin fanden [21, 61, 62, 63, 64], war das bei prospektiven Studien nicht der Fall [19].

Vor allem für solche Betroffene, die eine individuelle oder familiäre Disposition für Depressionen oder Suizidalität haben, wird ein höheres Risiko angenommen, sodass eine ausführliche Familienanamnese erfolgen sollte.

Interferon alpha hat ebenfalls ein depressiogenes Risiko und kann Suizidgedanken hervorrufen. Darüber hinaus sind Psychosen und kognitive Beeinträchtigungen beschrieben. Methotrexat kann zu Stimmungslabilität führen, Dapsone wird angeschuldigt, Psychosen hervorzurufen. Antihistaminika stehen im Verdacht, an der Entstehung von Depressionen beteiligt zu sein, oder die Entwicklung eines Delirs zu begünstigen. Steroide können sowohl Psychosen als auch Stimmungsschwankungen bis hin zu ausgeprägten maniformen oder depressiven Zuständen induzieren.

Auch die modernen Biologika weisen ein Risiko für psychische Nebenwirkungen auf. So berichten einerseits verschiedene Studien über eine signifikante Verbesserung komorbider psychiatrischer Symptome bei Patienten mit einer Psoriasis, die Etanercept [65] Infiximab [66] und Ustekinumab [67, 68] behandelt waren. Andererseits existieren jedoch Berichte über psychiatrische Nebenwirkungen (Psychose, Manie, Depression oder Suizidalität) für Etanercept [69] oder Infiximab [70, 71] auf.

Das Antimykotikum Voriconazol ist während der ersten Behandlungswoche als Zeichen erhöhter Neurotoxizität mit visuellen Halluzinationen assoziiert [72]. Nachdem Voriconazol sowohl Substrat als auch Inhibitor von CYP2C19 ist, kann es bei „Slow-Metabolizern“ oder in Kombination mit anderen CYP2C19-Inhibitoren zu erheblichen Serumspiegelanstiegen kommen (Tab. 1).

Dermatologische Nebenwirkungen von Psychopharmaka

Psychopharmaka haben ein bedeutsames Risiko Hautreaktionen hervorzurufen.

Exantheme (mobiliforme oder makulapapuläre Eruptionen) und Urtikaria sind die häufigsten Hautreaktionen unter Psychopharmaka und können bei der Behandlung mit Antipsychotika, Antidepressiva und Stimmungsstabilisierern meist drei bis 14 Tage nach Beginn der Behandlung beobachtet werden.

Pruritus, ein mitunter unerträgliches Hautjucken, kann gelegentlich als Nebenwirkung von Psychopharmaka auftreten. SSRI, Promethazin oder Antihistaminika (z. B. Loratidin, Cetirizin) können wirksam dagegen eingesetzt werden, ebenso wie Hydroxyzin (25–100 mg/Tag) oder Doxepin (10–25 mg/Tag).

Exantheme entwickeln sich meist Tage bis wenige Wochen nach Beginn der Behandlung mit Psychopharmaka. Neben der Empfehlung, Substanzen, die als Ursache identifizierbar sind, abzusetzen, sind orale oder topisch applizierbare Antibiotika kortison- oder antihistaminikaindiziert. Eine Urtikaria tritt mitunter sehr rasch bereits Minuten oder wenige Stunden nach Behandlungsbeginn auf und kann zu angioödembedingter Luftnot und Anaphylaxie führen (Tab. 2).

Psychopharmakainduzierte photosensitive Phänomene können sowohl durch phototoxische als auch photoallergische Prozesse hervorgerufen werden. Besonders Patienten, die mit „niedrigpotenten“ Neuroleptika behandelt werden (z. B. Chlorpromazin) sind hiervon betroffen. Diese Hautreaktionen bedürfen meist keiner spezifischen Therapie, sondern können vermieden werden, wenn der Patient dazu angehalten wird, eine intensive Sonnenexposition zu vermeiden und Sonnenschutz mit hohem Lichtschutzfaktor (UVA und UVB) zu verwenden. In besonderen Fällen können die lokale Verwendung von Aloe vera, die topische Anwendung von Kortikosteroiden sowie steroidale Antirheumatika (NSAR) oder orale Antihistaminika hilfreich sein (Tab. 3).

Tab. 6: Pharmakokinetische Interaktionen von Dermatologika und Psychopharmaka

Medikation	Interaktionsmechanismus	Effekte auf den Plasmaspiegel von Psychopharmaka	Management
Azol-Antimykotika Fluconazol Itraconazol Ketoconazol	Inhibition von CYP3A4	erhöhter Serumspiegel bei solchen Benzodiazepinen, die eine hepatische oxidative Metabolisierung erfahren (z. B. Alprazolam)	Erwägung alternativer Benzodiazepine wie Oxazepam, die durch Glucuronidierung metabolisiert wurden und keine aktiven Metabolite haben
Makrolid-Antibiotika Clarithromycin Erythromycin	Inhibition von CYP3A4	erhöhter Buspiron-Spiegel, erhöhter Carbamazepin-Spiegel	Erwägung alternativer Anxiolytika, Einsatz alternativer Antikonvulsiva
Cyclosporine	Substrate und Inhibition von CYP3A4	erhöhter Spiegel von Doxepin, Amitriptylin, Imipramin oder Pimozid mit dem Risiko von kardialen Arrhythmien	Reduzierung der Dosierung oder Einsatz alternativer Antidepressiva, kein Einsatz von Pimozid
Terbinafin	Inhibition von CYP2D6	Plasmaspiegelanstieg von Psychopharmaka, die CYP2D6-Substrate sind, zum Beispiel TZA, Venlafaxin, Fluoxetin, Haloperidol, Risperidon, Atomoxetin	Erwägung alternativer Substanzen Escitalopram, Sertralin, Ziprasidon oder Paliperidon
Antiallergika/Antihistaminika Diphenhydramin Hydroxyzin	Substrate von CYP2D6	Risiko für QTc-Verlängerung in Kombination mit potenten CYP2D6-Inhibitoren (z. B. Paroxetin oder Bupopri- on)	Verringerung der Dosis oder Verordnung alternativer Antidepressiva (z. B. Venlafaxin)

Haarausfall (Alopecia) wird von verschiedenen Psychopharmaka verursacht. So findet sich bei 12–24 % der Patienten, die mit Valproinsäure behandelt werden, ein Haarverlust. Als Ursache wurde unter anderem auch ein Absorptionsdefizit von Zink und Selen angeschuldigt, sodass eine Supplementierung mit Zink (25–50 mg/Tag) und Selen (100–200 µg/Tag) oder alternativ das Absetzen von Valproat empfohlen wird [73]. Die Inzidenz für Haarausfall bei einer Lithium-Behandlung wird mit zirka 10 % und bei Behandlung mit Carbamazepin mit 6 % angegeben [74]. Sehr viel seltener, aber in Einzelfällen beschrieben, ist die Symptomatik für SSRI (Fluoxetin, Sertralin), Venlafaxin, Topiramate, Methylphenidat, Olanzapin, Risperidon und Mirtazapin. Diese Nebenwirkung ist nach Absetzen der angeschuldigten Noxe meist in einem Zeitraum von zwei bis 18 Monaten reversibel.

Exzessives Schwitzen (Hyperhidrosis) tritt in mehr als 20 % der Patienten auf, die mit Antidepressiva behandelt werden. Als Ursache wird sowohl eine Dysregulation cholinerg innervierter Schweißdrüsen als auch eine Störung zentral-hypothalamischer Thermoregulation vermutet. Meist ist dieser Effekt transient und/oder dosisabhängig, sodass eine Umstellung auf eine andere Substanzgruppe oder eine Dosisanpassung erfolgen sollte. Eine spezifische Therapie kann mit Benzotropin (1 mg/Tag), dem Alpha-2-Agonisten Clonidin (0,1 mg/Tag) oder dem Alpha-1-Antagonisten Terazosin (1–2 mg/Tag) für zirka drei bis vier Wochen erfolgen [73]). Einzelfallbeobachtungen zeigen auch eine Verbesserung einer SSRI-verursachten Hyperhidrosis mit Aripiprazol (10 mg/Tag) [75] (Tab. 4).

Als eine schwere und mitunter lebensbedrohliche Hautreaktion ist das Stevens-Johnson- [76] oder Lyell-Syndrom anzusehen, das insbesondere in der Behandlung mit Antikonvulsiva, zum Beispiel Carbamazepin oder Lamotrigin, auftreten kann. Da Träger des HLA-A*3101-Allels ein deutlich erhöhtes Risiko für eine Carbamazepin-induzierte Hypersensitivitätsreaktion aufweisen, ist vor Verordnung eine Genotypisierung zu empfehlen. Für Patienten asiatischer Herkunft ist zudem der Ausschluss des HLA-B*1502-Allels bedeutsam, da diese genetische Variante mit dem Auftreten eines Stevens-Johnson-Syndrom oder einer toxischen epidermalen Nekrolyse hoch assoziiert ist.

Auch bei zu rascher Aufdosierung von Lamotrigin oder als Folge der Komedikation von Lamotrigin mit Valproat, das den Abbau von Lamotrigin hemmt, kann es zu dieser schweren Nebenwirkung kommen, weshalb die Aufdosierungsempfehlungen strikt zu beachten sind. Einzelfälle sind auch unter Bupropion, Chlorpromazin und Venlafaxin beschrieben (Tab. 5).

Interaktionen zwischen Dermatologika und Psychopharmaka

Ein häufiges Problem in der pharmakologischen Behandlung psychischer Störungen als Folge oder Ursache somatischer Erkrankungen sind pharmakokinetische oder pharmakodynamische Wechselwirkungen (Interaktionen). Beide Substanzgruppen können sich in ihrer Wirkung als Inhibitoren oder Induktoren beeinflussen und so zu einer Verstärkung von Nebenwirkungen oder einem Verlust der beabsichtigten Wirkung führen. Tab. 6 illustriert exemplarisch die wichtigsten Interaktionen von Medikamenten zur Therapie von dermatologischen Erkrankungen mit Psychopharmaka.

Fazit für die Praxis

- Viele dermatologische Erkrankungen treten bei Komorbiditäten mit psychischen Störungen auf, wobei Angsterkrankungen und Depressionen am häufigsten anzutreffen sind.
- Umgekehrt gibt es eine Reihe primär psychischer Erkrankungen mit dermatologischem Symptombezug.
- Die Pharmakotherapie dermatologischer Erkrankungen kann mit nennenswerten psychischen Symptomen einhergehen.
- In der Psychopharmakotherapie psychischer Erkrankungen werden häufig dermatologische Nebenwirkungen beobachtet.
- Die Psychopharmakotherapie dermatologischer Patienten erfordert gute Kenntnis möglicher pharmakokinetischer und pharmakodynamischer Wechselwirkungen.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. T. Messer erklärt die Unterstützung von Vorträgen durch Janssen, Otsuka, Lundbeck und Trommsdorff. G. Juckel erklärt die Unterstützung von Vorträgen durch Janssen, Servier und Trommsdorff.

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

AUTOREN

Prof. Dr. med. Thomas Messer

Danuviusklinik
Pfaffenhofen
Krankenhausstraße 68,
85276 Pfaffenhofen

E-Mail: thomas.messer
@danuviusklinik.de



Larissa Haag

Klinische Psychologin
Danuviusklinik Pfaffenhofen

Prof. Dr. med. Georg Juckel Dr. Paraskevi Mavrogiorgou

Westfälisches Zentrum Bochum
Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik,
Klinik der Ruhr-Universität Bochum
Alexandrinstraße 1, 44791 Bochum

CME-Fragebogen

Psychopharmakotherapie bei dermatologischen Erkrankungen

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent von SpringerMedizin.de
- als registrierter Abonnent dieser Fachzeitschrift
- als Berufsverbandsmitglied (BVDN, BDN, BVDP)
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN

FIN gültig bis 29.11.2019:

NT1911yd

Dieser CME-Kurs ist zwölf Monate auf SpringerMedizin.de/CME verfügbar. Sie finden ihn am schnellsten, wenn Sie die FIN oder den Titel des Beitrags in das Suchfeld eingeben. Alternativ können Sie auch mit der Option „Kurse nach Zeitschriften“ zum Ziel navigieren.

https://doi.org/10.1007/s15016-019-6602-2

? Welches ist *kein* Faktor, der eine Akne vulgaris negativ beeinflusst?

- Soziale Isolation
- Beeinträchtigt Selbstwertgefühl
- Gute Akzeptanz in der Peer Group
- Realitätsferne Wahrnehmung des eigenen Körpers
- Gestörte interpersonelle Beziehungen

? Durch eine Monotherapie mit welchem Wirkstoff kann ein lebensbedrohliches Stevens-Johnson-Syndrom (SJS) *nicht* verursacht sein?

- Lamotrigin
- Venlafaxin
- Chlorpromazin
- Lithium
- Carbamazepin

? Was zählt *nicht* zu den häufigsten psychiatrischen Begleitsyndromen dermatologischer Erkrankungen?

- Depressives Syndrom
- Ängstliches Syndrom
- Syndrom süchtigen Verhaltens
- Hypochondrisches Syndrom
- Zwangssyndrom

? Was zählt *nicht* zu den häufigsten Hautreaktionen einer Psychopharmakotherapie?

- Hyperhidrosis
- Hyperkeratose
- Pruritus
- Photosensitivität
- Exanthem

? Welche Aussage zum Zusammenhang psychischer und dermatologischer Erkrankungen ist richtig?

- Dermatologische Erkrankungen treten bei Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung selten auf.
- Infektiöse Hauterkrankungen gelten als die häufigsten dermatologischen Begleiterkrankungen bei Patienten mit chronischen psychiatrischen Erkrankungen.
- Psychiatrische Diagnosen werden bei Menschen mit psychosomatischen Dermatosen selten gestellt.
- Menschen mit einer Hauterkrankung haben in zirka 10–20% eine komorbide psychische Symptomatik.
- Die Ausprägung einer psychischen Symptomatik hat keinen erheblichen Einfluss auf den Verlauf einer Hauterkrankung.

? Welches ist *keine* „psychosomatische Dermatose“?

- Psoriasis
- Akne vulgaris
- Atopische Dermatitis
- Trichotillomanie
- Hyperhidrosis

? Welche Aussage zur Pharmakotherapie bei dermatologischen Erkrankungen ist *falsch*?

- Die Verordnung von Terbinafin führt zu einem Plasmaspiegelanstieg von CYP2D6-Substraten.

- Makrolid-Antibiotika wie zum Beispiel Clarithromycin inhibieren CYP3A4.
- Azol-Antimykotika wie zum Beispiel Ketoconazol induzieren CYP3A4.
- Der Plasmaspiegel von Diphenhydramin oder Hydroxyzin kann durch Komedikation mit Paroxetin oder Bupropion ansteigen.
- Cyclosporine sind sowohl Substrate als auch Inhibitoren CYP3A4.

? Welche Aussage zur atopischen Dermatitis ist *falsch*?

- Ist eine Hauterkrankung mit frühem Erstmanifestationsalter.
- Sollte psychopharmakologisch wegen guter Verträglichkeit vorzugsweise mit MAO-Hemmern behandelt werden.
- Führt häufig zu einer Symptomexazerbation im Rahmen stressbezogener Lebensereignisse.
- Ist im Erwachsenenalter häufig mit Angst, Depression und erhöhter Suizidalität assoziiert.
- Ist mit Pruritus, Rötung und Lichenifikation assoziiert.

? Welche Aussage zum Zusammenhang psychischer und dermatologischer Erkrankungen ist *falsch*?

- Bei Zwangserkrankungen lassen sich häufig schwere Hautveränderungen nachweisen.
- Als Standardbehandlung bei Zwangserkrankungen gilt die Kombination von selektiven Serotonin-Wiederaufnah-



Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungs-fähig.

Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit zutreffend. Bitte beachten Sie, dass Fragen wie auch Antwortoptionen online abweichend vom Heft in zufälliger Reihenfolge ausgespielt werden.

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf SpringerMedizin.de/CME tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780-777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

- mehemern und einer Verhaltenstherapie.
- Bei der Trichotillomanie überwiegt das männliche Geschlecht.
 - Bei der Trichotillomanie sind psychiatrische Komorbiditäten in bis zu zirka 60 % anzutreffen.
 - Die Dermatillomanie („Skin Picking Disorder“) weist als häufige psychiatrische Komorbidität eine soziale Phobie und generalisierte Angststörung auf.
- ❓ Bei der Behandlung mit welchem Wirkstoff wird *kein* pharmakoinduzierter Haarausfall (Alopezie) beobachtet?
 - Valproat
 - Lithium
 - Quetiapin
 - Carbamazepin
 - Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

► Lithium heute – ein Update seiner Wirksamkeit und Risiken

aus: NeuroTransmitter 7-8/2019
 von: B. Müller-Oerlinghausen
 zertifiziert bis: 9.10.2020
 CME-Punkte: 2

► Pharmakotherapie bipolarer Störungen in Schwangerschaft und Stillzeit

aus: NeuroTransmitter 7-8/2019
 von: M. Paulzen, H. Schneider, G. Schoetsanis
 zertifiziert bis: 14.8.2020
 CME-Punkte: 4

► Schlafstörungen in der Praxis sicher diagnostizieren und behandeln

aus: NeuroTransmitter 5/2019
 von: N. Rauber
 zertifiziert bis: 30.4.2020
 CME-Punkte: 2

Diese Fortbildungskurse finden Sie, indem Sie den Titel in das Suchfeld auf CME.SpringerMedizin.de eingeben. Zur Teilnahme benötigen Sie ein e.Med-Abo.

Effizient fortbilden, gezielt recherchieren, schnell und aktuell informieren – ein e.Med-Abo bietet Ihnen alles, was Sie für Ihren Praxis- oder Klinikalltag brauchen: Sie erhalten Zugriff auf alle Premiuminhalte von SpringerMedizin.de, darunter die Archive von 99 deutschen Fachzeitschriften. Darüber hinaus ist im Abo eine Springer-Medizin-Fachzeitschrift Ihrer Wahl enthalten, die Ihnen regelmäßig per Post zugesandt wird.

Als e.Med-Abonnent steht Ihnen außerdem das komplette CME-Kursangebot von SpringerMedizin.de zur Verfügung: Hier finden Sie aktuell über 550 CME-zertifizierte Fortbildungskurse aus allen medizinischen Fachrichtungen!

Testen Sie die CME.SpringerMedizin.de 14 Tage lang kostenlos und unverbindlich mit einem e.Med-Abo:
www.springermedizin.de/eMed



Literatur

- Mavrogiorgou P, Juckel G. Dermatologische Erkrankungen und ihre Bedeutung für die Psychiatrie. *Der Nervenarzt* 2017; 88: 254-67
- Taube KM, Augustin M, Freudenmann R, Gass S, Gieler U, Harth W et al. S1 Leitlinie Psychosomatische Dermatologie; 2018
- Leon A, Levin EC, Koo JY. Psychodermatologie: an overview. *Semin Cutan Med Surg* 2013; 32: 64-7
- Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4: 833-42
- Wessely SC, Lewis GH. The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic. *Br J Psychiatry* 1989; 155: 686-91
- Aktan S, Ozmen E, Sanli B. Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic. *Dermatology* 1998; 197: 230-4
- Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000; 143: 983-91
- Koo J, Lebwohl A. Psycho dermatology: the mind and skin connection. *Am Fam Physician* 2001; 64: 1873-8
- Moftah NH, Kamel AM, Attia HM, El-Baz MZ, Abd El-Moty HM. Skin diseases in patients with primary psychiatric conditions: a hospital based study. *J Epidemiol Glob Health* 2013; 3: 131-8
- Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GBE et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol* 2015; 135: 984-91
- Mookhoek EJ, Van De Kerkhof PC, Hovens JE, Brouwers JR, Loonen AJ. Skin disorders in chronic psychiatric illness. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24: 1151-6
- Shenefelt PD. Therapeutic management of psychodermatological disorders. *Expert Opin Pharmacother* 2008; 9: 973-85
- Chiu A, Chon SY, Kimball AB. The response of skin disease to stress: changes in the severity of acne vulgaris as affected by examination stress. *Arch Dermatol* 2003; 139: 897-900
- Harth W, Gieler U, Kusnir D, Tausk FA. Clinical Management in Psychodermatology Springer Berlin Heidelberg; 2008
- Vallerand IA, Lewinson RT, Parsons LM, Lowerison MW, Frolkis AD, Kaplan GG et al. Risk of depression among patients with acne in the U.K.: a population-based cohort study. *Br J Dermatol* 2018; 178: e194-e5
- Gupta MA, Gupta AK, Ellis CN, Koblenzer CS. Psychiatric evaluation of the dermatology patient. *Dermatol Clin* 2005; 23: 591-9
- Saitta P, Keehan P, Yousif J, Way BV, Grekin S, Brancaccio R. An update on the presence of psychiatric comorbidities in acne patients, Part 2: Depression, anxiety, and suicide. *Cutis* 2011; 88: 92-7
- Strahan JE, Raimer S. Isotretinoin and the controversy of psychiatric adverse effects. *Int J Dermatol* 2006; 45: 789-99
- Oliveira JM, Sobreira G, Velosa J, Telles Correia D, Filipe P. Association of Isotretinoin With Depression and Suicide: A Review of Current Literature. *J Cutan Med Surg* 2018; 22: 58-64
- Hull PR, D'Arcy C. Acne, depression, and suicide. *Dermatol Clin* 2005; 23: 665-74
- Nevoralova Z, Dvorakova D. Mood changes, depression and suicide risk during isotretinoin treatment: a prospective study. *Int J Dermatol* 2013; 52: 163-8
- Schaffer LC, Schaffer CB, Hunter S, Miller A. Psychiatric reactions to isotretinoin in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2010; 122: 306-8
- Mina S, Jabeen M, Singh S, Verma R. Gender differences in depression and anxiety among atopic dermatitis patients. *Indian J Dermatol* 2015; 60: 211
- Dieris-Hirche J, Gieler U, Kupfer JP, Milch WE. [Suicidal ideation, anxiety and depression in adult patients with atopic dermatitis]. *Hautarzt* 2009; 60: 641-6
- Savin JA, Paterson WD, Adam K, Oswald I. Effects of trimeprazine and trimipramine on nocturnal scratching in patients with atopic eczema. *Arch Dermatol* 1979; 115: 313-5
- Stander S, Bockenholt B, Schurmeyer-Horst F, Weishaupt C, Heuft G, Luger TA et al. Treatment of chronic pruritus with the selective serotonin re-uptake inhibitors paroxetine and fluvoxamine: results of an open-labelled, two-arm proof-of-concept study. *Acta Derm Venereol* 2009; 89: 45-51
- Hundley JL, Yosipovitch G. Mirtazapine for reducing nocturnal itch in patients with chronic pruritus: a pilot study. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: 889-91
- Mahtani R, Parekh N, Mangat I, Bhalerao S. Alleviating the itch-scratch cycle in atopic dermatitis. *Psychosom Med* 2005; 46: 373-4
- Modell JG, Boyce S, Taylor E, Katholi C. Treatment of atopic dermatitis and psoriasis vulgaris with bupropion-SR: a pilot study. *Psychosom Med* 2002; 64: 835-40
- Finzi A, Colombo B, Caputo A, Andreassi L, Chimenti S, Vena G et al. Psychological distress and coping strategies in patients with psoriasis: the PSYCHAE Study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21: 1161-9
- Hunter HJ, Griffiths CE, Kleyn CE. Does psychosocial stress play a role in the exacerbation of psoriasis? *Br J Dermatol* 2013; 169: 965-74
- Nicholas MN, Gooderham M. Psoriasis, Depression, and Suicidality. *Skin Therapy Letter* 2017; 22: 1-4
- Alpsoy E, Ozcan E, Cetin L, Ozgur O, Er H, Yilmaz E et al. Is the efficacy of topical corticosteroid therapy for psoriasis vulgaris enhanced by concurrent moclobemide therapy? A double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Dermatol* 1998; 38: 197-200
- Thorslund K, Svensson T, Nordlind K, Ekbohm A, Fored CM. Use of serotonin reuptake inhibitors in patients with psoriasis is associated with a decreased need for systemic psoriasis treatment: a population-based cohort study. *J Intern Med* 2013; 274: 281-7
- Strutton DR, Kowalski JW, Glaser DA, Stang PE. US prevalence of hyperhidrosis and impact on individuals with axillary hyperhidrosis: results from a national survey. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 241-8
- Dadic-Hero E, Ruzic K, Grahovac T, Graovac M, Palijan TZ, Sepic-Grahovac D. Allergic reactions--outcome of sertraline and escitalopram treatments. *Psychiatr Danub* 2011; 23: 120-2
- Lessa Lda R, Luz FB, De Rezende RM, Duraes SM, Harrison BJ, De Menezes GB et al. The psychiatric facet of hyperhidrosis: demographics, disability, quality of life, and associated psychopathology. *J Psychiatr Pract* 2014; 20: 316-23
- Vythilingum B, Stein DJ. Obsessive-compulsive disorders and dermatologic disease. *Dermatol Clin* 2005; 23: 675-80
- Kestenbaum T. Obsessive-compulsive disorder in dermatology. *Semin Cutan Med Surg* 2013; 32: 83-7
- Mavrogiorgou P, Bader A, Stockfleth E, Juckel G. Zwangsstörungen in der Dermatologie. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 2015; 13: 991-1000
- Wong JW, Nguyen TV, Koo JY. Primary psychiatric conditions: dermatitis artefacta, trichotillomania and neurotic excoriations. *Indian J Dermatol* 2013; 58: 44-8
- Huynh M, Gavino AC, Magid M. Trichotillomania. *Semin Cutan Med Surg* 2013; 32: 88-94
- Flessner CA. Diagnosis and Comorbidity. In: Grant J, (Hrsg.). *Trichotillomania, Skin Picking, and Other Body-Focused Repetitive Behaviors*. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2012;83-96
- Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania. *Am J Psychiatry* 2016; 173: 868-74
- Adewuya EC, Zinser W, Thomas C. Trichotillomania: a case of response to valproic acid. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008; 18: 533-6
- Lochner C, Seedat S, Niehaus DJ, Stein DJ. Topiramate in the treatment of trichotillomania: an open-label pilot study. *Int Clin Psychopharmacol* 2006; 21: 255-9
- Gupta MA. Emotional regulation, dissociation, and the self-induced dermatoses: clinical features and implications for treatment with mood stabilizers. *Clin Dermatol* 2013; 31: 110-7
- Christenson GA, Popkin MK, Mackenzie TB, Realmuto GM. Lithium treatment of chronic hair pulling. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 116-20
- Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Bennett M, Oakman J. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine in the treatment of trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 1336-43
- White MP, Koran LM. Open-label trial of aripiprazole in the treatment of trichotillomania. *J Clin Psychopharmacol* 2011; 31: 503-6
- Gieler U, Consoli SG, Tomas-Aragones L, Linder DM, Jemec GB, Poot F et al. Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification--a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Derm Venereol* 2013; 93: 4-12
- Odlaug BL, Grant JE. Pathological Skin Picking. In: Grant J, (Hrsg.). *Trichotillomania,*

- Skin Picking, and Other Body-Focused Repetitive Behaviors. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2012;21-42
53. Selles RR, McGuire JF, Small BJ, Storch EA. A systematic review and meta-analysis of psychiatric treatments for excoriation (skin-picking) disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 2016; 41: 29-37
 54. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Kim SW. A double-blind, placebo-controlled trial of lamotrigine for pathological skin picking: treatment efficacy and neurocognitive predictors of response. *J Clin Psychopharmacol* 2010; 30: 396-403
 55. Gupta MA. Suicide risk and skin diseases. In: Berman J, Pompili M, (Hrsg.). *Medical Conditions Associated With Suicide Risk*. Washington DC: American Association of Suicidology, 2011;667-90
 56. Mavrogiorgou P, Juckel G. Skin Diseases in Primary Psychiatric Disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2016; 84: 608-16
 57. Pearson ML, Selby JV, Katz KA, Cantrell V, Braden CR, Parise ME et al. Clinical, epidemiologic, histopathologic and molecular features of an unexplained dermatopathy. *PLoS One* 2012; 7: e29908
 58. Malick F, Howard J, Koo J. Understanding the psychology of the cosmetic patients. *Dermatol Ther* 2008; 21: 47-53
 59. Angelakis I, Gooding PA, Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2016; 49: 55-66
 60. Ipser JC, Sander C, Stein DJ. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; CD005332
 61. Azoulay L, Blais L, Koren G, LeLorier J, Berard A. Isotretinoin and the risk of depression in patients with acne vulgaris: a case-crossover study. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 526-32
 62. Borovaya A, Olisova O, Ruzicka T, Sardy M. Does isotretinoin therapy of acne cure or cause depression? *Int J Dermatol* 2013; 52: 1040-52
 63. Marron SE, Tomas-Aragones L, Boira S. Anxiety, depression, quality of life and patient satisfaction in acne patients treated with oral isotretinoin. *Acta Derm Venereol* 2013; 93: 701-6
 64. Thomas KH, Martin RM, Potokar J, Pirmohamed M, Gunnell D. Reporting of drug induced depression and fatal and non-fatal suicidal behaviour in the UK from 1998 to 2011. *BMC Pharmacol Toxicol* 2014; 15: 54
 65. Tyring S, Gottlieb A, Papp K, Gordon K, Leonard C, Wang A, Lalla D, Woolley M, Jahreis A, Zitnik R, Cella D, Krishnan R. Etanercept and clinical outcomes, fatigue, and depression in psoriasis: double-blind placebo-controlled randomised phase III trial. *Lancet* 2006 Jan 7;367(9504):29-35
 66. Bassukas ID, Hyphantis T, Gamvroulia C, Gaitanis G, Mavreas V. Infliximab for patients with plaque psoriasis and severe psychiatric comorbidity. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008 Feb;22(2):257-8 2008
 67. Langley et al. 2010
 68. Fleming P, Roubille C, Richer V, Starnino T, McCourt C, McFarlane A, Siu S, Kraft J, Lynde C, Pope JE, Keeling S, Dutz J, Bessette L, Bissonnette R, Haraoui B, Gulliver WP. Effect of biologics on depressive symptoms in patients with psoriasis: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015 Jun;29(6):1063-70
 69. Atigari OV, Healy D. Schizophrenia-like disorder associated with etanercept treatment. *BMJ Case Rep* 2014 Jan 13;2014
 70. Austin M, Tan YC. Mania associated with infliximab. *Aust NZ J Psychiatry* 2012;46:684-685
 71. Elisa B, Beny L. Induction of manic switch by the tumour necrosis factor-alpha antagonist infliximab. *Psychiatry Clin Neurosci* 2010 Aug;64(4):442-3
 72. Zonios D, Yamazaki H, Murayama N, Nataraajan V, Palmore T, Childs R, Skinner J, Bennett JE. Voriconazole metabolism, toxicity, and the effect of cytochrome P450 2C19 genotype. *J Infect Dis* 2014 Jun 15;209(12):1941-8
 73. Goldberg JF, Ernst CL, Stahl SM. *Managing the Side Effects of Psychotropic Medications, Second Edition* American Psychiatric Association Publishing; 2018
 74. McKinney PA, Finkenbine RD, DeVane CL. Alopecia and mood stabilizer therapy. *Ann Clin Psychiatry* 1996; 8: 183-5
 75. Lu BY, Cullen CE, Eide CE, Williams CC, Apfeldorf WJ. Antidepressant-induced sweating alleviated by aripiprazole. *J Clin Psychopharmacol* 2008; 28: 710-1
 76. Stevens AM, Johnson FC. A new eruptive fever associated with stomatitis and ophthalmia: Report of two cases in children. *Am J Dis Child* 1922; 24: 526-33

Literatur

1. Müller MJ, Benkert O. Medikamente zur Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen. In: Benkert O, Hippus H (Hrsg.). Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag GmbH Deutschland; 2019. S. 782–817
2. La Torre A et al. Sexual dysfunction related to psychotropic drugs: a critical review-part I: antidepressants. *Pharmacopsychiatry*. 2013;46:191–9
3. Montejo AL, Montejo L, Baldwin DS. The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry*. 2018;17:3–11
4. Regen F, Benkert O. Antidepressiva. In: Benkert O, Hippus H (Hrsg.). Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag GmbH Deutschland; 2019. S. 1–208
5. Henssler J, Heinz A, Brandt L, Bschor T. Antidepressant Withdrawal and Rebound Phenomena. *Dtsch Arztebl Int*. 2019;116:355–61
6. Jha MK, Rush AJ, Trivedi MH. When Discontinuing SSRI Antidepressants Is a Challenge: Management Tips. *Am J Psychiatry*. 2018;175:1176–84

Interferon beta in Schwangerschaft und Stillzeit zugelassen

➔ Am 16. Oktober 2019 wurde die Zulassung von Interferon-β(INF-β)-Präparaten (einschließlich Rebif®) auf den Einsatz während der Schwangerschaft und Stillzeit erweitert. Dies sei von großer Bedeutung für

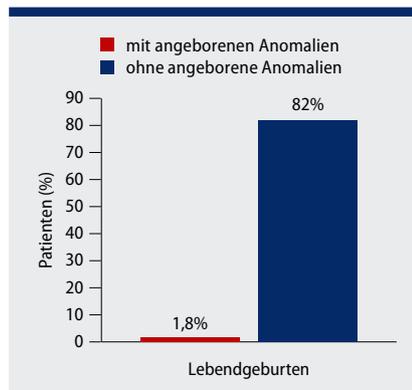


Abb. 1: Schwangerschaftsabläufe mit INF-β-Exposition. Prospektive Daten zu Lebendgeburten aus dem European IFN-β Pregnancy Registry (n = 948; nach: [Hellwig K et al., AAN 2018, P357])

schwängere und stillende MS-Patientinnen, zumal Frauen zwei- bis dreimal häufiger von MS betroffen sind als Männer (MS International Foundation: <https://www.msif.org/about-ms/epidemiology-of-ms/>), betonte Prof. Dr. Kerstin Hellwig vom St. Josef-Hospital am Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum. Das Durchschnittsalter bei Beginn der Erkrankung liege bei 30 Jahren, also in der Phase der Familienplanung. Der Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) der Europäischen Arzneimittel-Agentur hat eine positive Bewertung für die Zulassungserweiterung von INF-β herausgegeben. Demnach können Frauen mit schubförmiger MS die Behandlung mit INF-β während der Schwangerschaft, wenn dies klinisch angezeigt ist, sowie uneingeschränkt in der Stillzeit beginnen oder fortsetzen.

Während man früher Frauen im gebärfähigen Alter empfahl, während der Behandlung mit INF-β effektive Verhütungsmaßnahmen anzuwenden und sich deshalb mehr als ein Drittel der Patientinnen für

Kinderlosigkeit entschied, können Frauen mit schubförmiger MS heute zu Beginn und während der Schwangerschaft, wenn klinisch erforderlich, mit INF-β behandelt werden, so Hellwig. Eine aktuelle Auswertung von über 4.000 in Registern oder nicht interventionellen Studien erfassten Schwangerschaftsausgängen (z. B. European INF-β Pregnancy Registry) ergab keinen Hinweis auf ein erhöhtes Risiko für angeborene Fehlbildungen infolge einer Behandlung vor der Empfängnis oder während des ersten Schwangerschaftsdrittels, so Hellwig (**Abb. 1**).

Die aktualisierte Zulassung sieht auch die fortgesetzte Anwendung von Rebif® während der Stillzeit vor, da die in die Muttermilch abgegebenen INF-β-Konzentrationen aufgrund der Größe der Moleküle zu vernachlässigen sind.

Dagmar Jäger-Becker

MS-Pressclub „MS-Therapien 2019: Evident und wirksam“, DGN-Kongress Stuttgart, 26.9.2019; Veranstalter: Merck

Migräneprophylaxe: Schnelles und gutes Ansprechen auf CGRP-Antikörper

➔ Mit den monoklonalen CGRP-Antikörpern steht eine neue Strategie zur Migräneprophylaxe zur Verfügung. Schnelles Ansprechen und eine gute Verträglichkeit lassen auf höhere Adhärenz im Vergleich zu den bisherigen Prophylaktika hoffen.

Trotz des hohen Leidensdrucks durch Migräne brechen rund 70% der Patienten die orale Migräneprophylaxe nach sechs Monaten ab. Die niedrige Adhärenz ist vor allem durch unzureichende Wirksamkeit und Nebenwirkungen bedingt. Mit der Entwicklung von monoklonalen Antikörpern, die an das Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) oder seinen Rezeptor binden, stehen für Patienten mit mindestens vier Migränetagen pro Monat erstmals Medikamente zur Verfügung, die speziell für die Migräneprophylaxe entwickelt wurden. Der CGRP-Antikörper Galcanezumab (Emgality®) ermöglicht eine schnelle Reduktion der monatlichen Migränekopfschmerztag – sowohl bei episodischer als auch bei chronischer

Migräne – bei einem mit Placebo vergleichbaren Nebenwirkungsprofil [Stauffer VL et al. JAMA Neurol 2018;75:1080–88; Skljarevski V et al. Cephalgia 2018;38:1442–54]. „Schon in der ersten Woche zeigt sich ein Vorteil von Galcanezumab“, so Prof. Dr. Uwe Reuter, Leiter der Kopfschmerzambulanz der Berliner Charité. Unter der weiteren Therapie nehme die Zahl der monatlichen Migräne-Kopfschmerztag noch weiter ab. In einer gepoolten Analyse der Zulassungsstudien EVOLVE-1 und -2 blieben bis zu 38,8% der Patienten mit episodischer Migräne unter Galcanezumab in mindestens einem Monat migrärefrei verglichen mit 19,5% unter Placebo (p < 0,001) [Rosen N et al. Headache 2018;58:1347–57]. Etwa sieben von zehn Patienten mit chronischer Migräne haben unter der medikamentösen Prophylaxe mit dem CGRP-Antikörper die Chance für mindestens drei Monate von einer chronischen zur episodischen Migräne zu wechseln, also die Kopfschmerzfre-

quenz auf unter 15 Tage im Monat zu senken [Detke HC et al. AMCP Annual Meeting 2019 Abstract G36]. Die gute prophylaktische Wirksamkeit spiegelt sich in einer Verbesserung der Lebensqualität sowie der sozialen und arbeitsbezogenen Beeinträchtigungen durch die chronische Migräne wider. Auch Patienten mit frustranter Vortherapie können nach Reuters Erfahrungen von der Prophylaxe mit Galcanezumab profitieren. Für Erwachsene mit mindestens vier Migränetagen pro Monat, die auf herkömmliche Migräneprophylaktika nicht zufriedenstellend ansprechen, für diese nicht geeignet sind oder sie nicht vertragen, hat der G-BA einen „Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen“ von Galcanezumab zur Migräneprophylaxe zuerkannt.

Abdol A. Ameri

Satellitensymposium „Fit für den Alltag – was bringt Emgality® in der Migräneprophylaxe?“, DGN-Kongress Stuttgart, 25.9.2019; Veranstalter Lilly

MS: Hinweise auf gebremsten Hirnvolumenverlust durch S1P-R-Agonisten

➔ In exploratorischen Analysen der Studien RADIANCE B und SUNBEAM fanden sich Hinweise, dass das neue MS-Medikament Ozanimod möglicherweise den frühen Rückgang von Hirnvolumen und kognitiven Funktionen vermindert. Ozanimod ist ein oral applizierter selektiver Agonist der Sphingosin-1-Phosphat(S1P)-Rezeptoren 1 und 5. In den Phase-III-Studien RADIANCE B und SUNBEAM wurden Wirksamkeit und Sicherheit bei Patienten mit schubförmiger MS belegt. Sowohl die Zahl aktiver Läsionen im MRT als auch die jährliche Schubrate waren unter Ozanimod niedriger als unter Interferon (IFN) β -1a [Cohen JA et al. Lancet Neurol 2019;18:1021–33; Comi G et al. Lancet Neurol 2019;18:1009–20]. Die europäische Zulassung ist beantragt.

Unklar ist bislang, ob die Behandlung mit Ozanimod auch das Fortschreiten der körperlichen Behinderung gemäß EDSS verlangsamt. Zum einen fehlt es dazu noch an Langzeitdaten, zum anderen befanden sich die Patienten in RADIANCE B und SUNBEAM überwiegend in einem frühen Krankheitsstadium, mit einem EDSS von maximal 5 gemäß Einschlusskriterien. Vor dem Hintergrund, dass man eine Krankheitsprogression möglichst frühzeitig mit hochwirksamen Therapien verhindern wolle, hält Prof. Dr. Ralf Linker, Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinik Regensburg, dies für besonders interessant, zumal etwa 70 % der eingeschlossenen Patienten

therapienativ waren. Besonders in der Frühphase der Erkrankung spiegelte der EDSS den Grad der krankheitsassoziierten Behinderung nur unzureichend wider. Der schleichende Verlust grauer Hirnsubstanz und kognitiver Funktionen sei dagegen bereits sehr früh im Krankheitsverlauf messbar.

Aktuelle exploratorische Analysen zeigten unter anderem, dass in RADIANCE ein geringeres Ausgangsthalamusvolumen mit einer höheren Krankheitslast und Krankheitsaktivität nach 24 Monaten assoziiert war [Jeffrey D et al.ECTRIMS 2019; P615], so Prof. Dr. Tjalf Ziemssen, Leiter des MS-Zentrums Universitätsklinik Carl Gustav Carus, Dresden. Der Anteil der Patienten in SUNBEAM, deren kognitive Funktion, gemessen mittels Symbol Digit Modalities Test (SDMT), sich nach zwölf Monaten gebessert hatte, war in der Ozanimod- höher als in der IFN β -1a-Gruppe. Auch hinsichtlich der Abnahme von Thalamusvolumen und kortikaler grauer Substanz zeigte sich ein Trend zugunsten von Ozanimod. Diese Unterschiede zur IFN β -1a-Gruppe bestätigten sich sowohl bei den Patienten, deren SDMT sich unter der Behandlung verbessert hatte, als auch bei denen sie sich verschlechtert hatte (**Abb. 1**, Schippling et al. ECTRIMS 2019; P980).

Dr. Thomas Heim

Pressegespräch „MS-Update – Therapieziel Kognition? Wo stehen wir bei der Behandlung der schubförmigen Multiplen Sklerose?“, DGN-Kongress Stuttgart, 27.9.2019; Veranstalter: Celgene

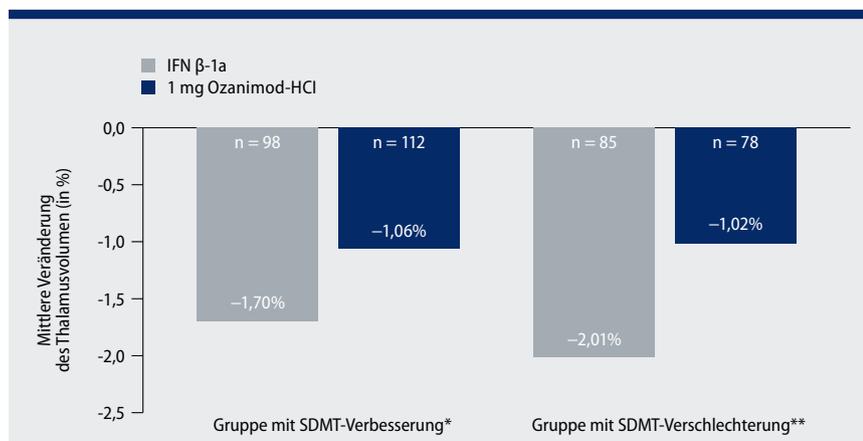


Abb. 1: Mittlere Veränderung des Thalamusvolumens nach zwölf Monaten unter IFN β beziehungsweise Ozanimod (mod. nach [Schippling et al. ECTRIMS 2019; P980])

MAO-Hemmer bei therapieresistenter Depression

Die Wirksamkeit von Monoaminoxidase-(MAO)-Hemmern und trizyklischen Antidepressiva (TZA) bei therapieresistenter Depression wurde anhand von Krankenakten im Zeitraum 1993 bis 2015 untersucht. Die Patienten hatten durchschnittlich sieben erfolglose Vortherapien durchlaufen. 100 Patienten wurden daraufhin mit MAO-Hemmern behandelt (44 erhielten Tranylcypromin, 26 Isocarboxazid, 24 Phenelzin und sechs Selegilin) und 47 Patienten mit TZA. Die Clinical Global Impression Scale – Severity mit Werten von 1 oder 2 wurde bei der Hälfte aller MAO-Patienten erreicht, bei TZA waren es 21 %. Dies könnte für einen früheren Einsatz des bisher oftmals als „Ultima ratio“ gesehene Tranylcypromin (Jatrosom®) sprechen. **red**

Nach Informationen von Aristo

Atomoxetin von 1 A Pharma

Das Unternehmen 1 A Pharma hat sein ZNS-Portfolio um den Wirkstoff Atomoxetin erweitert. „Atomoxe - 1 A Pharma“ Hartkapseln sind zugelassen zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab sechs Jahren, bei Jugendlichen und bei Erwachsenen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Dieses schließt typischerweise psychologische, pädagogische und soziale Maßnahmen ein. **red**

Nach Informationen von 1 A Pharma

Adulte ADHS erfolgreich behandeln

In einer prospektiven, nicht interventionellen Studie wurden 468 erwachsene Patienten mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) aus 126 Beobachtungszentren 12 bis 14 Wochen lang beobachtet. Sie wurden mit durchschnittlich 35,8 mg Methylphenidat (Medikinet® adult) am Tag behandelt. Durch die Pharmakotherapie konnte der Anteil der extrem schwer und schwer betroffenen Patienten um 64 % reduziert werden, der Anteil der deutlich erkrankten Patienten um 61 %. Die ADHS-Symptomatik (Clinical Global Impression Score) wurde durch die Ärzte bei 74,5 % als sehr viel oder viel besser bewertet. **red**

Nach Informationen von Medice

Journal

Ein grüner Papagei schreibt Literaturgeschichte, nach seinem Leben, ausgestopft auf einem Schreibtisch, zunächst mit Gustave Flaubert, dann mit Julian Barnes ...



Obsessionen eines englischen Landarztes

Julian Barnes' Roman „Flauberts Papagei“

Welchen Papagei hatte der französische Romancier Gustave Flaubert 1876 drei Wochen lang auf seinem Schreibtisch stehen, als er seine berühmte Erzählung „Ein schlichtes Herz“ verfasste? Die Antwort auf diese banale und doch so zentrale Frage ist von größtem Interesse für Landarzt Geoffrey Braithwaites in Julian Barnes' Roman „Flauberts Papagei“. Liebhaber britischen Humors kommen in diesem Werk auf ihre Kosten.

Landärzte haben es in der Literatur zum Topos geschafft, man denke nur an Balzacs „Landarzt“, an Flauberts Charles Bovary (NeuroTransmitter 5/6/2013), an Kafkas „Landarzt“ oder an John Bergers „Geschichte eines Landarztes“ (NeuroTransmitter 3/2015). Julian Barnes reiht sich würdig in diese Tradition ein. Der 1946 in Leicester geborene englische Schriftsteller gehört in die erste Reihe gegenwärtiger Weltliteratur. Sein mit höchsten nationalen und internationalen literarischen Preisen ausgezeichnetes Werk umfasst bisher 14 Romane, dazu kommen Novellen, Erzählungen und Essays. Unter dem Pseudonym Dan Kavanagh veröffentlichte Barnes zwischen 1980 und 1987 vier Kriminalromane, wobei Kavanagh der Nachname seiner Ehefrau und Agentin Pat war, die 2008 an den Folgen eines Gehirntumors starb. Barnes älterer Bruder ist der Philosoph und Historiker Jonathan Barnes, einer der führenden englischen Spezialisten für antike Philosophie.

Historiografische Metafiktion

Barnes studierte Sprachen und Jura in Oxford und arbeitete als Lexikograf und Journalist, ehe er freier Schriftsteller wurde. Er ist ein ausgezeichnete Kenner insbesondere der französischen Sprache und Literatur. Sein internationaler

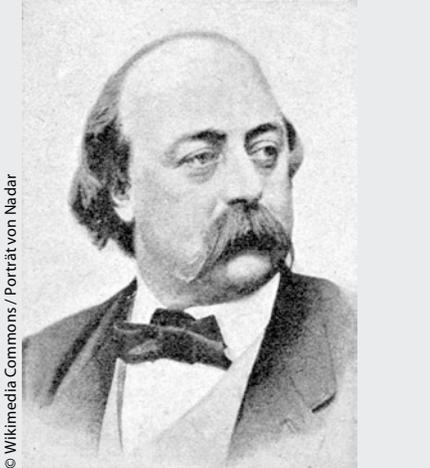
Durchbruch gelang ihm mit seinem dritten Roman „Flaubert's Parrot“ (1984), der zugleich als ein Musterexemplar postmoderner Erzählkunst gilt, weil er eine experimentelle Komposition aus heterogenen Elementen wie Romanerzählung, Zitatencollage, literarischem Essay, intertextuellen Verweisen und Spielereien sowie subjektiver Innenschau darstellt. Erfrischend zu einem funkelnden Erzählstil kommen eine ordentliche Prise britischer Humor mit jeder Menge (Selbst-)Ironie hinzu. Man muss als Leser also immer auf der Hut sein und darf sich nie auf den ersten Augenschein verlassen.

Barnes Erzähltechnik ist mehrbödiger wie der Koffer eines Zauberkünstlers. Vladimir Nabokov und Philip Larkin werden häufig als Paten dieser bisweilen auch zum Epigrammatischen neigenden Erzählkunst genannt. Die Literaturwissenschaft bemüht hierfür den Begriff der „historiografischen Metafiktion“, der 1988 von der kanadischen Literaturwissenschaftlerin Linda Hutcheon geprägt wurde, um die Kennzeichen des neuen historischen Romans zu umreißen, der sich durch den beliebten Einsatz von metafiktionale Mitteln bedient und somit die strenge Grenzziehung zwischen Fiktion sowie Geschichtsschreibung durchlässig macht und verwischt. Häufige Stilmittel sind dabei Anachronismen, illu-

onszerstörende Einsprengsel, parodistische Verunsicherungen des Leserstandpunktes und doppeldeutig angelegte Erzählsituationen. Mit einem Wort über den Kritiker Helmut Karasek: „Literaturgeschichte, Anekdotensammlung, Reisebericht, philosophisches Vexierspiel und spaßige Geschichte in einem, vermischt mit einem Krimi der Eifersucht – mehr kann man nicht verlangen.“

Hinein in die Spiegellabyrinth der Literaturgeschichte

Protagonist von „Flauberts Papagei“ ist der im Ruhestand befindliche englische Landarzt Geoffrey Braithwaite, der um seine unter nicht ganz geklärten Umständen verstorbene Frau Ellen trauert, die nicht nur zufällig dieselben Initialen wie Emma Bovary trägt, die zentrale Figur des bedeutenden Romans von Flaubert. Um diese Trauer zu bewältigen, versteigt er sich in allerlei Überlegungen. Im Laufe seiner Untersuchungen über den Einfluss des Eisenbahnwesens auf den außerehelichen Geschlechtsverkehr oder über die Farbe von Johannisbeerkonfitüre im 19. Jahrhundert enthüllt Doktor Braithwaite widerwillig auch immer mehr von seiner eigenen Geschichte. Seine größte Leidenschaft aber gilt dem französischen Romancier Gustave Flaubert. Der Arzt beginnt mit der intensiven, geradezu besessenen Suche



© Wikimedia Commons / Porträt von Nadar

Gustave Flaubert (1821–1880), einer der ersten modernen Romancier seiner Zeit.

nach Relikten des Lebens und des Werkes von Flaubert, der als einer der Väter moderner Literatur überhaupt gilt. Im Zentrum steht die brennende Frage, welcher Papagei 1876 drei Wochen lang auf Flauberts Schreibtisch stand. Handelte es sich um jenen, der nunmehr in Rouen oder um den, der in Croisset ausgestellt wurde? Zweifellos ist dieser Doktor Braithwaite ein rechter Sonderling und Kauz, wie man sie in der englischen Literatur häufig antrifft. „Wie fassen wir die Vergangenheit? – Können wir das überhaupt?“ – fragt der Arzt im Ruhestand. Er will mehr, ja alles wissen über den „ersten modernen Romancier“, den „Vater des Realismus“, den „Mörder der Romantik“, den „Einsiedler von Croisset“, der sein Leben der Arbeit am Kunstwerk gewidmet hat und die Bourgeoisie und ihre Dummheit verhöhnte. Das ist auch die Frage, die sich Jean-Paul Sartre in seiner fünfbändigen Flaubert-Biografie „Der Idiot der Familie“ gestellt hat, aber der Arzt ist weder Existenzphilosoph noch Franzose oder Schriftsteller, sondern nichts weiter als ein besessener Hobbyforscher, der sich zuletzt in seinem Flaubert-Puzzle verliert.

Gunar Ortleb schreibt: „Im Flaubert-Museum in des Dichters normannischer Vaterstadt Rouen, da glaubte er ihn deutlich vor Augen zu haben: den ausgestopften grünen Vogel, der (wie auf einem Schildchen erläutert) einst auf Flauberts

Schreibtisch stand, während er „Ein schlichtes Herz“ verfasste, jene berühmte Erzählung von der treuen Magd Felicite und ihrem Papagei Loulou. Und angesichts dieser gefiederten Reliquie, „konserviert auf althergebrachte und doch geheimnisvolle Weise“, überkommt den alten Braithwaite das beglückende Gefühl, den so lang schon Verbliebenen „beinahe gekannt zu haben“. Aber auch ein Stückchen weiter längs der Seine in Croisset, wo der Meister lebte, schrieb und starb, gibt es noch ein kleines Museum zu seinem Gedenken, auch dort hockt stumm und grün und unergründlich ein ausgestopfter Papagei – exakt derselbe (wie die Wärterin dem schwer verstörten Besucher erklärt), den Flaubert sich auf den Schreibtisch stellte, damals Anno 1876, als „Ein schlichtes Herz“ entstand. Welcher der beiden Rivalen ist der wahre Ur-Loulou? Mit diesem Rätsel schickt Barnes seinen Helden und fiktiven Erzähler hinaus auf die abenteuerlichen „Boulevards der Phantasie“, die so oft in Sackgassen enden, hinein in die Spiegellabyrinth der Literaturgeschichte, in denen sich irgendwo der wahre Flaubert versteckt.“

Lichtverhältnisse

Doktor Braithwaite recherchiert penibel und mit Sinn für Spitzfindigkeiten, findet das, was von anderen übersehen wurde, will dem Genie auf die Schliche kommen. „Dass zum Beispiel der Romancier 1853 die bei Trouville über dem Meer untergehende Sonne mit einer großen Scheibe aus Johannisbeerkonfitüre verglich, veranlasst ihn zu einem Brief an die Dachorganisation der Lebensmittelhändler, mit der Bitte um Auskunft, ob normannische Johannisbeerkonfitüre auch damals schon dieselbe Farbe hatte wie heutzutage“ (Ortleb). Während die Flaubert-Forscherin Enid Starkie das Genie der Schlamperei bezichtigt, weil Flaubert für seine Emma Bovary gleich drei verschiedene Augenfarben reklamiert, hält Braithwaite dagegen und beruft sich auf die wechselnden Lichtverhältnisse.

Emma Bovary hat es Braithwaite ohnehin angetan, denn auch er, der Arzt, war mit einer E. B. verheiratet, die sich umgebracht hat. Sie erscheint als der überlebensgroße Prototyp der Ehebre-

cherin. Die Anekdote, der zufolge man in Hamburg schon ein Jahr nach Erscheinen des Romans eine „Bovary“ mieten konnte, eine zum Kopulieren zweckentfremdete, ziellos herumfahrende Pferdedroschke, so benannt in Anspielung auf die berühmte Fiakerszene in Flauberts Roman, wird nicht ausgespart. Doktor Braithwaite kann sich nach einem Museumsbesuch dann auch die Anmerkung nicht verkneifen, dass ihm die ausgestellten Droschken aus jener Zeit beängstigend klein vorgekommen sind und allesamt kaum geeignet seien für den von Flaubert ersonnenen Gebrauch.

Subversive Genüsse

Flauberts Bild bleibt ambivalent, denn Braithwaite erkennt zwei verschiedene Flauberts: den einen im Licht des Ruhms, den anderen im Dunkel der Mühsal, der Krankheit, der Misserfolge. Er rekonstruiert noch einmal die berühmte Liebesaffäre des jungen Schriftstellers mit der gereiften Dichterin Louise Colet, indem er der schmächtig verstoßenen Geliebten das Wort erteilt, und abermals kommt ein ganz anderer Flaubert zum Vorschein, ein oft gemütsroher Galan, der seiner „Muse“ schreibt: „Beim Anblick einer nackten Frau stelle ich mir ihr Skelett vor.“ Überhaupt, „Gustaves Geschlechtsleben“! Die leidenschaftliche Louise war ja keineswegs die einzige, die „den Bären von Croisset aus seiner Bärigkeit“ hervorlockte. Auf seiner ägyptischen Reise hatte er sich bei einer „Fünf-Sous-Kurtisane“ die Syphilis geholt, ohne die im 19. Jahrhundert „kein Anspruch auf Genialität erhoben werden konnte“. Auch bekannte er seine Neigung zu Kairoer Badehausjungen, was allerdings Sartre als pure Angeberei abtat, weil ihm sein „Idiot der Familie“ als „Draufgänger“ und „subversiver Genüssling“ einfach nicht in den existenzialistischen Kram passen wollte“ (Ortleb). Dessen ungeachtet bleibt der englische Arzt in Sachen Flaubert dicht am Ball und nährt sich vom „Tropf seiner Intelligenz“. Daran ändert auch die 14 Seiten lange Liste von Flauberts Delikten nichts: Hass auf die Menschheit, Verachtung der Demokratie, unpatriotische Verachtung der Politik generell, Pessimismus, Sadismus, Misogynie (...).

Solche Vorhaltungen bleiben bei Braithwaite nicht ohne Folgen, denn aus ihnen destilliert er sein Verständnis für einen guten Roman, in dem es keine Zufälle geben darf.

Romanregularien

Nach Braithwaites Meinung sollten bestimmte Arten von Romanen verboten werden:

„1. Es soll keine Romane mehr geben, in denen eine Gruppe von Menschen durch äußere Umstände isoliert wird, worauf ihre Mitglieder in den ‚Urzustand‘ zurückfallen. [...]

2. Es soll keine Romane mehr geben über Inzest. [...]

3. Keine Romane, die in Schlachthäusern spielen [...]

4. Erlassen wir ein 20-Jahres-Verbot für Romane, die in Oxford und Cambridge spielen. [...]

5. Es wird ein Quotensystem eingeführt für erzählende Literatur, die in Südamerika spielt. [...]

6. a) Keine Szenen, in denen eine geschlechtliche Vereinigung zwischen einem Menschen und einem Tier stattfindet. [...]

b) Keine Szenen, in denen eine geschlechtliche Vereinigung zwischen einem Mann und einer Frau [...] in der Dusche stattfindet. [...]

7. Keine Romane über kleine, bislang vergessene Kriege in entlegenen Teilen des British Empire. [...]

8. Keine Romane, in denen der Erzähler oder irgendeine der Personen nur durch eine Initialie ausgewiesen ist. [...]

9. Es soll keine Romane mehr geben, die eigentlich von anderen Romanen handeln. [...]

10. Es soll ein 20-Jahres-Verbot für Gott geben. [...]

Man soll die direkten, schlichten, wahren Wörter gebrauchen. Tot sage ich, und im Sterben und verrückt und Ehebruch. Ich sage nicht verblichen oder dem Ende zu gehen oder Endstation [...] oder Persönlichkeitsstörung oder rummachen, nebenrausgehen, na ja, sie geht in letzter Zeit oft ihre Schwester besuchen. Ich sage verrückt und Ehebruch, so nenne ich das.“

Braithwaite propagiert die Idee, das Ende eines Romans dem Leser zu überlassen: „Hinten im Buch befindet sich ein Päckchen verschiedenfarbiger, verschlos-

sener Umschläge, jeder davon trage eine eindeutige Aufschrift: ‚Traditioneller Glücklicher Schluss‘, ‚Traditioneller Unglücklicher Schluss‘, ‚Traditioneller Halbe-Halbe-Schluss‘, ‚Deus ex Machina‘, ‚Modernistisch Willkürlicher Schluss‘, ‚Weltuntergangs-Schluss‘, ‚Spannender Fortsetzungsroman-Schluss‘, ‚Traum-Schluss‘, ‚Undurchsichtiger Schluss‘, ‚Surrealer Schluss‘ und so weiter. Man

dürfte nur einen Umschlag nehmen, und die anderen, die man nicht ausgewählt hat, müsste man vernichten. Das

hieß für mich, dem Leser die Wahl lassen zwischen verschiedenen Schlüssen; aber vielleicht finden Sie ja, ich nehme die Dinge allzu wörtlich“ (zitiert nach Dieter Wunderlich). Angesichts dessen kommt die „Literaturzeitschrift.de“ zu dem Ergebnis, Julian Barnes karikiere mit seinem dilettierenden Literaturforscher Braithwaite „gekonnt die ganze Zunft, weist auf Absurditäten und Hirngespinnste hin, denen da so übereifrig nachgegangen wird“.

Kaleidoskop Literatur

Willi Winkler zieht in DIE ZEIT (37/1987) daraus den Schluss: „In dieser etwas sentimental Tragödie wird die Botschaft, mit der uns Julian Barnes kommen will, überdeutlich: Die Kunst bietet keine Rettung, fürs Leben ist nichts aus ihr zu lernen.“ Der weise Vladimir Nabokov hat das in seiner Vorlesung über den berühmtesten aller Ehebruchsromane unüberhörbar verkündet, Braithwaite, der sonst über alles Bescheid weiß, hat nur nicht aufgepasst: „Wir sollten stets daran denken, dass Literatur von keinerlei praktischem Wert ist, außer in dem einen Sonderfall, dass jemand ausgerechnet Literaturprofessor werden möchte. Die Literatur ist geradezu lebensverhindernd: ‚Die Liebe zu einem Schriftsteller ist vielleicht die reinste, die beständigste Form der Liebe‘, verkündet Geoffrey Braithwaite treuherzig, aber die Liebe zu Flaubert hat seine ganze Arbeitskraft absorbiert, er wird nie wirklich schreiben.“ Allerdings muss man sich als Leser eingestehen, was auch Wunderlich moniert: „Julian Barnes‘ Al-

ter Ego Geoffrey Braithwaite fragt: Warum können wir ihn (Flaubert) nicht einfach in Ruhe lassen? Warum reichen die Bücher nicht? Aber er beschäftigt sich selbst obsessiv mit Einzelheiten der Biografie Gustave Flauberts. Wer erwartet, in ‚Flauberts Papagei‘ viel über den französischen Schriftsteller zu erfahren, wird enttäuscht sein. Ebenso wenig kann ‚Flauberts Papagei‘ Lesern gefallen, die

von einem Roman eine Handlung mit einer sich entwickelnden Figur erwarten, denn eine solche gibt es allenfalls ru-

dimentär (...). Ansonsten besteht ‚Flauberts Papagei‘ aus einem Kaleidoskop von Gedanken und Aufzählungen, Anekdoten und Anspielungen, Abschweifungen, Zitaten und Inhaltsangaben.“

Fazit: Nun, nicht jeder Leser liest mit den Augen eines Kritikers oder Literaturwissenschaftlers. Es gibt auch jene, denen der Genuss mehr wert ist als die Analyse. Wer immer sein Vergnügen hat am höheren literarischen Jokus, am frechen Einfall und an der kühnen Volte, wer sich als Leser auch einmal gerne an der Nase herumführen lässt, wie das in England seit Laurence Sternes „Tristram Shandy“ gute Tradition ist, der wird einen Heidenspaß haben und erkennen, dass das Gelächter die schärfste Klinge ist gegen miesepetriges Gelehrsamkeit.

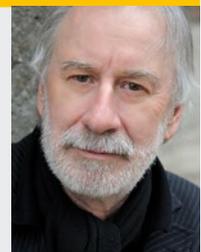
»Die Liebe zu einem Schriftsteller ist vielleicht die reinste, die beständigste Form der Liebe.«

AUTOR

**Prof. Dr. phil.
Gerhard Köpf**

Literaturwissenschaftler und Schriftsteller
Ariboweg 10,
81673 München

E-Mail:
aribo10@web.de



Das „Kosmos Kaffee“ im Deutschen Museum

Wissensvermittlung als Kunstform

Wer die aktuelle Sonderausstellung „Kosmos Kaffee“ im Deutschen Museum in München betritt, wird nach einigen Schritten vor einer nachgebauten Miniatur-Kaffeepflanzenplantage auf eine Tischvitrine mit Petrischalen stoßen. Darin befinden sich Keimlinge, Blüten, Blätter und Bohnen von Kaffeepflanzen. Sie wirken täuschend echt und sind doch eine perfekte Illusion der Wirklichkeit, hergestellt in Präzisionsarbeit mit viel Mühe in einer der zahlreichen Werkstätten des Deutschen Museums.

Das Deutsche Museum wurde 1903 als „Deutsches Museum von Meisterwerken der Naturwissenschaft und Technik“ gegründet. Es sollte die historische Entwicklung von Naturwissenschaften und Technik anhand von Objekten nachvollziehbar machen. Zwar gab es zu diesem Zeitpunkt bereits einige namhafte technische Museen etwa in Berlin, Paris oder Skandinavien, doch die größten Ausstellungsorte des sich im Zuge der Industrialisierung schnell tech-

nisch entwickelnden 19. Jahrhunderts waren die damals extrem beliebten und prominenten Weltausstellungen. Hier wurden einem Millionen zählenden Laienpublikum die neuesten naturwissenschaftlichen und technischen Errungenschaften in einer jahrmärktenähnlichen Atmosphäre präsentiert. Ziele waren Unterhaltung und Bildung und diese Ziele übernahm auch das Deutsche Museum. Der Gründer des Museums, Oskar von Miller, hatte bei der Eröffnung

des neuen Ausstellungsgebäudes 1925 auf der „Kohleninsel“, die heute Museumsinsel genannt wird, eine breite Palette von Präsentationstechniken eingesetzt, um den Menschen Naturwissenschaften und Technik näherzubringen: Originale, Modelle, Nachbauten, Demonstrationen, Experimente, Dioramen, Gemälde, Filme und Diaschauen.

Um Technikdemonstrationen zu schaffen, zu arrangieren und vorzuführen, die das Zeug hatten, das Publikum



Petrischalen der Sonderausstellung „Kosmos Kaffee“

zu faszinieren und zu fesseln, stellte das Museum führende Kunsthandwerker, Ingenieure und Architekten an. Damals wie gegenwärtig sind es Inszenierungen der Lebens-, Arbeits- und Wissenschaftswelten, die auch schon mal zum Dauer-schlagler avancieren, wie beispielsweise das Bergwerk, eine Papiermühle oder aktuell die begehbare menschliche Zelle.

Erkunden im Guckkasten

Bis dato gibt es kaum ein anderes Museum weltweit, das in der Lage wäre, seine Technikinszenierungen fast komplett auf eigenem Boden herzustellen. Eine ganz besondere museale Kunstform der Wirklichkeitsinszenierung ist dabei das Diorama, eine perspektivische Anlage mit einem plastischen Vorder- und gemalten Hintergrund, die ein Thema scheinbar realistisch wiedergibt, wie in einem Guckkasten. Ein Prunkstück dieser Gattung ist zum Beispiel das 2013 vollendete Challenger-Diorama: Dargestellt ist das Forschungslabor der Challenger, auf der die erste systematische Ozeanografieerkundung von 1872 bis 1876 unter der Ägide von Sir Charles Wyville Thomas, Professor der Zoologie, durchgeführt wurde. Wer genau hinschaut, entdeckt unzählige authentisch gearbeitete historische Details wie kleine Botanisiertrommeln, ein Set Harpunen etc. Hier sind sogar die kleinen Bücher per Hand eingebunden und mit Originaltinte beschriftet. Die Miniaturblütenpresse ist voll funktionstüchtig und man hat, auch durch den perspektivischen Aufbau und den fortgesetzten Hintergrund, fast das Gefühl, die beiden Forscher würden sich gleich bewegen.

Die Werkstätten des Deutschen Museums

Wer steht hinter diesem immensen Arbeitsaufwand und wer entwickelt die Ideen für immer neue Ausstellungsstücke, um sie anschließend fachgerecht umzusetzen?

In den 23 Werkstätten des Deutschen Museums, in denen neben Schlossern, Schneidern, Schreibern und Beleuchtern auch Bildhauer, Modellbauer und Ausstellungsmaler anzutreffen sind, arbeiten noch immer fast 100 Menschen daran, Technik und Wissenschaft nahbar zu machen. Zwei, die Bildhauer- und die

Sonderausstellung „Kosmos Kaffee“



© Deutsches Museum

Einblick in das Challenger-Diorama



© Deutsches Museum

Malerwerkstatt, die vor allem für die Dioramen verantwortlich zeichnen, werde ich in den nächsten Ausgaben des NeuroTransmitters vorstellen.

Mehr Informationen:

Die Sonderausstellung „Kosmos Kaffee“ läuft noch bis 6. September 2020.

www.deutsches-museum.de/ausstellungen/sonderausstellungen/kosmos-kaffee/www.deutsches-museum.de

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

E-Mail: angelika.s.otto@gmail.com

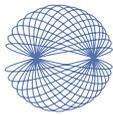


Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2019/2020

Datum / Ort / Zeit	Landesverband / Titel / Themen	Anmeldung
20.11.2019, Bad Bramstedt Am Köhlerhof 4	BVDN Landesverband Schleswig-Holstein: Herbsttagung	Landesverband Schleswig-Holstein Tel. 04821 2041, Fax: 04821 2043 E-Mail: gehring@neurologie-itzehoe.de
23.11.2019, Berlin Charité Campus Mitte, Luisenstraße 58–60 9:30 bis 17:15 Uhr 8 CME-Punkte beantragt	1. MS-Seminar Moderne Immuntherapie der MS: Neurologischer Praxis-Workshop Referenten: Prof. Dr. G. Nelles und PD Dr. O. Hoffmann (140 €)	Fortbildungsakademie BVDN – BDN – BVDP Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax: 0931 2055511 E-Mail: k.braungardt@akademie-psych-neuro.de
30.11.2019, Bremen CME-Punkte beantragt	Elektroneurografie und Grundlagen und schwierigere Techniken Referenten: Prof. Dr. Carl D. Reimers	Fortbildungsakademie BVDN – BDN – BVDP siehe oben
15.1.2020, Düsseldorf	BVDN Landesverband Nordrhein: Mitgliederversammlung	Geschäftsstelle BVDN – BDN – BVDP Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 4546920 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
29.1.2020, Fürth nachmittags CME-Punkte beantragt	Nervensonografie Referent: Dr. A. Schramm (90 €)	Fortbildungsakademie BVDN – BDN – BVDP siehe oben
8.2.2020, Frankfurt ganztägig CME-Punkte beantragt	Transition bei Epilepsie und ADHS Referenten: Prof. Dr. F. Rosenow, PD Dr. B. Kis (140 €)	Fortbildungsakademie BVDN – BDN – BVDP siehe oben
26.–28.3.2020, Köln Park Inn City West	Neurologen- und Psychiatertage mit Mitgliederversammlung des BVDN Hauptthema: Neuroethik und Neurogenetik, Seminare zu Migräne, ADHS, MS, Gutachten, Depression, Psychose, Praxisstart, kognitive Fallstricke in der Diagnostik, Neuropsychologie	Geschäftsstelle BVDN – BDN – BVDP Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 4546920 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
9.5.2020, München Hörsaalgebäude im Rechts der Isar	Bayerische Frühjahrstagung mit Mitgliederversammlung Thema: „in label – off label“	Athene Akademie Tel.: 0931 2055526 E-Mail: k.braungardt@athene-qm.de

Fortbildungsveranstaltungen 2019/2020

21.11.2019, München Bayerischer Bezirketag, Ridlerstraße 75	Zentrale Fallkonferenzen der Erwachsenen AGATE	Communications Management Bettelpfad 62a, 55130 Mainz Tel.: 06131 62799-0 E-Mail: bc@bormanncom.de
27.–30.11.2019, Berlin CityCube, Messedamm 26	DGPPN-Kongress – Psychiatrieforschung von morgen	m:con, Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim Tel.: 0621 4106-0 E-Mail: dgppn.registrierung@mcon-mannheim.de
5.–7.12.2019, Leverkusen Forum der Stadt Leverkusen, Am Büchelster Hof 9	DGSP-Symposium „Gute Psychiatrie braucht gute Personalbemessung – und zwar jetzt!“ im Rahmen der DGSP-Jahrestagung 2019	DGSP Geschäftsstelle, Zeltinger Straße 9, 50969 Köln Tel.: 0221 511002 E-Mail: info@dgsp-ev.de
5.–7.12.2019, Leipzig Congress Center Leipzig, Seehausener Allee 1	26. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V. Motto: Lernen, Motivation und Emotion	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Claudia Voigtmann, Tel.: 03641 3116-335 E-Mail: claudia.voigtmann@conventus.de
6.–7.12.2019, Dresden Hilton Hotel, An der Frauenkirche 5	10. Mitteldeutscher Schmerztag 2019	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Dirk Eichelberger, Tel.: 03641 3116-305 E-Mail: dirk.eichelberger@conventus.de
30.1.–1.2.2020, Karlsruhe Kongresszentrum, Gartenhalle Festplatz 2	Arbeitstagung NeuroIntensivMedizin – ANIM 2020 37. Jahrestagung der DGNI und DSG	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Anja Kreutzmann, Tel.: 03641 3116-357-330 E-Mail: anim@conventus.de
26.–28.3.2020, Baden-Baden Konresshaus, Augustaplatz 10	64. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Juliane Meißner, Tel.: 3641 3116-141 E-Mail: dgkn@conventus.de



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvndn.de

Vorstand/Beirat

Vorsitzende: Sabine Köhler, Jena, Klaus Gehring, Itzehoe

Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen

Schriftführer: Roland Urban, Berlin

Schatzmeister: Gereon Nelles, Köln

Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Uwe Meier, Grevenbroich

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg: Volker Bretschneider

Bayern: Gunther Carl

Berlin: Gerd Benesch

Brandenburg: Holger Marschner

Bremen: Ulrich Dölle

Hamburg: Guntram Hinz

Hessen: Martin Finger, Stefan Specht

Mecklenburg-Vorpommern:

Ramon Meißner

Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Egbert Wienforth, Gereon Nelles

Rheinland-Pfalz: Günther Endrass

Saarland: Nikolaus Rauber, Richard Rohrer

Sachsen: Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Klaus Gehring

Thüringen: Volker Schmiedel

Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen

Ansprechpartner für Themenfelder

EBM/GOÄ: Sabine Köhler, Klaus Gehring, Gunther Carl

Neue Medien: Bernhard Michatz

EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Gunther Carl

Forensik und Gutachten Psychiatrie: P. Christian Vogel

Gutachten Neurologie: Friedhelm Jungmann

Belegarztwesen Neurologie: Joachim Elbrächter

Fortbildung Assistenzpersonal: Roland Urban

U.E.M.S. – Psychiatrie, EFPT: Roland Urban

U.E.M.S. – Neurologie: Gereon Nelles

Ausschüsse

Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung:

P. Christian Vogel, Markus Weih

Ambulante Neurologische Rehabilitation: Paul Reuther

Ambulante Psychiatrische Reha/ Sozialpsychiatrie: Norbert Mönter

Weiterbildungsordnung:

Sabine Köhler, Klaus Gehring, Gunther Carl, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim

Leitlinien: Sabine Köhler, Klaus Gehring, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim

Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen: Vorstand

Referate

ADHS: Günter Endraß

Demenz: Jens Bohlken

Epileptologie: Ralf Berkenfeld

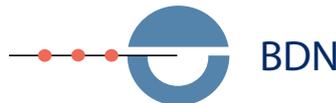
Neuroangiologie, Schlaganfall: Paul Reuther

Neurootologie, Neuroophthalmologie: Klaus Gehring

Neuroorthopädie: Bernhard Kügelgen

Neuropsychologie: Paul Reuther

Neuroonkologie: Werner E. Hofmann
Pharmakotherapie Neurologie: Gereon Nelles
Pharmakotherapie Psychiatrie: Roland Urban
Prävention Psychiatrie: Christa Roth-Sackenheim
Prävention Neurologie: Paul Reuther
Schlaf: Ralf Bodenschätz
Schmerztherapie Neurologie: Uwe Meier, Monika Körwer
Suchttherapie: Greif Sander



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich

2. Vorsitzender: Martin Südmeyer, Potsdam

Schriftführer: Wolfgang Freund, Biberach

Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten

Beisitzer: Klaus Gehring, Itzehoe; Christoph Kosinski, Würselen; Elmar Busch, Essen; Heinz Wiendl, Münster

Beirat: Sophie Aschenberg, Köln (Junge Neurologen), Jochen Klucken, Erlangen (Telematik/E-Health/Methodik), Iris Penner, Düsseldorf (Neuroedukation/Neuropsychologie), Klaus Piwernetz, München (Qualitätsmanagement)

Ansprechpartner für Themenfelder

IV und MVZ: Uwe Meier, Paul Reuther

GOÄ/EBM: Rolf F. Hagenah, Elmar Busch, Uwe Meier

Qualitätsmanagement: Uwe Meier

Risikomanagement: Rolf F. Hagenah

Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN

DRG: Reinhard Kiefer



BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Stellvertretender Vorsitzender:

P. Christian Vogel, München

Schriftführer: P. Christian Vogel, München

Schatzmeister: Martin Finger, Frankfurt

Beisitzer: Sabine Köhler, Jena, Norbert Mayer-Amberg, Hannover

Referate

ADHS bei Erwachsenen: Bernhard Otto

Autismusspektrumsstörungen:

Christa Roth-Sackenheim

Forensik: P. Christian Vogel

Geschäftsstelle des BVDN

Dagmar Differt-Fritz, Gut Neuhof,

Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld

Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925

E-Mail: bvndn.bund@t-online.de

Bankverbindung: Sparkasse Duisburg

IBAN DE 0435050000200229227,

BIC DUISDE 33 XXX

BVDN Homepage: <http://www.bvndn.de>

Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN

Politische Geschäftsstelle Berlin:

RA Bernhard Michatz, Geschäftsführer

Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Tel.: 030 21480761, Fax: -21480763

E-Mail: bernhard.michatz@spitzenverband-zns.de

Delegierte in Kommissionen der DGN

Leitlinien: Uwe Meier

Versorgungsforschung: Uwe Meier

Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung:

Rolf Hagenah

Anhaltzahlen/Qualitätssicherung:

Fritjof Reinhardt, Paul Reuther

Rehabilitation: Harald Masur

CME: Friedhelm Jungmann, Paul Reuther

DRG: Rolf Hagenah, Reinhard Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

DGNR: Harald Masur; **AG ANR:** Paul Reuther

BV-ANR: Paul Reuther; **UEMS:** Gereon Nelles

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg: Wolfgang Freund

Bayern: Thomas Gilleßen

Berlin: Walter Raffauf

Brandenburg: Martin Delf

Bremen: N. N.

Hamburg: Heinrich Goossens-Merk

Hessen: Rupert Knoblich

Mecklenburg-Vorpommern: Katrin Hinkfoth

Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf

Nordrhein: Uwe Meier

Rheinland-Pfalz: Günther Endrass

Saarland: Richard Rohrer

Sachsen: Mario Meinig

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Matthias Nitschke

Thüringen: Dirk Neubert

Westfalen: Martin Bauersachs

Gutachterwesen: P. Christian Vogel

Migrationssensible psych. Versorgung:

Greif Sander

Psychotherapie: Christa Roth-Sackenheim

PTSD: Christa Roth-Sackenheim

Sucht: Greif Sander

Transexualität: P. Christian Vogel

Kontakt BVDN: Sabine Köhler

BVDP-Landessprecher

Bayern: Oliver Biniasch, Christian Vogel

Baden-Württemberg: Birgit Imdahl,

Thomas Hug

Berlin: Michael Krebs und Alicia Navarro-Urena

Brandenburg: Delia Peschel

Bremen: Sebastian von Berg

Hamburg: Ute Bavendamm

Hessen: Martin Finger

Mecklenburg-Vorpommern: Caterina Jacobs

Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Egbert Wienforth

Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach

Saarland: David Steffen

Sachsen: Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Uwe Bannert

Thüringen: Sabine Köhler

Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen



Ich will Mitglied werden!

■ An die Geschäftsstelle der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP Krefeld Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 45469-25/-26

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Facharzt 300 €, Weiterbildungsassistent beitragsfrei, Senior 60 €).
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Facharzt 300 €, Weiterbildungsassistent beitragsfrei, Senior 60 €).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BDN und BVDN – zu gleichen Beitragskonditionen.
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Facharzt 300 €, Weiterbildungsassistent beitragsfrei, Senior 60 €).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BVDP und BVDN – zu gleichen Beitragskonditionen.
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT** – BVDN, BDN und BVDP – zu gleichen Beitragskonditionen.

Das erste Jahr der Mitgliedschaft ist beitragsfrei, sofern die Mitgliedschaft mindestens ein weiteres Jahr besteht.

Zusatztitel oder -qualifikation (z. B. Psychotherapie, Sonografie): _____

Tel.-Nr. _____ Fax _____ E-Mail/Internet: _____

- Ich bin niedergelassen in der Klinik tätig Chefarzt/ärztin Facharzt/in
 Weiterbildungsassistent/in Neurologe/in Nervenarzt/ärztin Psychiater/in
 in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____

Ich wünsche den kostenlosen Bezug einer der folgenden wissenschaftlichen Fachzeitschriften im Wert > 170 €/Jahr:

- Fortschritte Neurologie / Psychiatrie Psychiatrische Praxis
- Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG Psychotherapie im Dialog
- Die Rehabilitation Balint-Journal
- PPMp – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

Zum Eintritt erhalte ich die BVDN-Abrechnungskommentare (EBM, GOÄ, Gutachten, IGeL, Richtgrößen etc.).

- Gratis NERFAX-Teilnahme erwünscht
- Gratis Mailservice „Das muss man wissen ...“ erwünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den BVDN/BDN/BVDP (nicht Zutreffendes ggf. streichen) widerruflich, den von mir zu entrichtenden jährlichen Mitgliedsbeitrag einzuziehen.

IBAN: _____

Bei der _____ BIC _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerruf werde ich der Geschäftsstelle des Berufsverbandes mitteilen.

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

■ **Nervenärzte, Neurologen und Psychiater als Vertreter in den KVen und Ärztekammern (ÄK)***

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband: BADEN-WÜRTTEMBERG						
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	KV/ÄK	0621 12027-0	0621 12027-27	juergen.braun@dgn.de
Prof. Dr. M. Faist	Oberkirch	ja	ÄK	07802 6610	07802 4361	michael.faist@web.de
Dr. P. Hezler-Rusch	Konstanz	ja	ÄK	07531 18330	07531 18338	paula.hezler-rusch@online.de
BVDN-Landesverband: BAYERN						
Dr. G. Carl	Würzburg	ja	KV/ÄK	09321 24826	09321 8930	carlg@t-online.de
Dr. K. Ebertseder	Augsburg	ja	KV	0821 510400	0821 35700	dr.ebertseder@t-online.de
Dr. Angelika Lütke	München	ja	KV/ÄK	089 713729	089 71090537	angela.luethe@gmx.de
BVDN-Landesverband: BERLIN						
Dr. Gerd Benesch	Berlin	ja	KV	030 3123783	030 32765024	Dr.G.Benesch@t-online.de
Dr. R. A. Drochner	Berlin	ja	KV/ÄK	030 40632381	030 40632382	ralph.drochner@neurologe-psychiater-berlin.de
Dr. R. Urban	Berlin	ja	ÄK	030 39220221	030 3923052	dr.urban-berlin@t-online.de
BVDN-Landesverband: BRANDENBURG						
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 7409500	0331 7409615	st-alder@t-online.de
Dr. M. Böckmann	Großbeeren	ja	ÄK	033701 338880		
Dr. G.-J. Fischer	Teltow	ja	ÄK	03328 303100		
Dr. H. Marschner	Blankenfelde	ja	KV	03379 371878		info@nervenarztpraxis-marschner.de
BVDN-Landesverband: BREMEN						
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	KV/ÄK	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband: HAMBURG						
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. A. Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neurorensch@aol.com
Dr. R. R. Trettin	Hamburg	ja	KV/ÄK	0176 61298288	040 461222	praxis@neurologiewinterhude.de
BVDN-Landesverband: HESSEN						
Prof. Dr. A. Henneberg	Frankfurt/M.	ja	ÄK	069 59795430	069 59795431	henneberg-neuropsych@t-online.de
S. Specht	Griesheim	ja	KV	06155 878400	06155 878420	stefan.specht@web.de
Dr. W. Wolf	Dillenburg	ja	KV	0176 61298288	040 461222	praxis@dr-werner-wolf.de
BVDN-Landesverband: MECKLENBURG-VORPOMMERN						
Prof. Dr. J. Buchmann	Rostock	ja	ÄK	0381 4949460	0381 49	johannes.buchmann@med.uni-rosrock.de
Dr. Dr. M. Gillner	Rostock	nein	ÄK	03831 452200		
Dr. L. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0171 2124945		liane.hauk-westerhoff@gmx.de
BVDN-Landesverband: NIEDERSACHSEN						
Dr. R. Luebbe	Osnabrück	ja	KV	0541 434748		ralph.luebbe@gmx.de
BVDN-Landesverband: NORDRHEIN						
Dr. M. Dahm	Bonn	ja	KV/ÄK	0228 217862	0228 217999	dahm@seelische-gesundheit-bonn.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	KV/ÄK	0221 402014	0221 405769	hphaus1@googlemail.com
BVDN-Landesverband: RHEINLAND-PFALZ						
Dr. G. Endrass	Grünstadt	ja	KV	06359 9348-0	06359 9348-15	g.endrass@gmx.de
Dr. R. Gerhard	Ingelheim	ja	ÄK	06132 41166	06132 41188	dr.gerhard@neuro-ingelheim.de
Dr. M. Michel	Landau	ja	ÄK	06341 929490	06341 929490	post@dr-michel.de
Dr. Ch. Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	0160 97796487	02632 964096	C@Dr-Roth-Sackenheim.de
Dr. K. Sackenheim	Andernach	ja	KV/ÄK	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
Dr. S. Stephan	Mainz	ja	KV/ÄK	06131 582814	06131 582513	s.stephan@nsg-mainz.de
Dr. C. Werner	Mutterstadt	ja	ÄK	06234 920092	06234 920093	dr.ch.werner@t-online.de
BVDN-Landesverband: SAARLAND						
Dr. Th. Kajdi	Völklingen	nein	KV/ÄK	06898 23344	06898 23344	Kajdi@t-online.de
Dr. U. Mielke	Homburg	ja	ÄK	06841 2114	06841 15103	mielke@servicehouse.de
Dr. H. Storz	Neunkirchen	ja	KV	06821 13256	06821 13265	h.storz@gmx.de
BVDN-Landesverband: SACHSEN						
Dr. M. Meinig	Annaberg-B.	ja	KV	03733 672625	03733 672627	mario.meinig@t-online.de
BVDN-Landesverband: SACHSEN-ANHALT						
Dr. Michael Schwalbe	Lutherstadt-Wittenberg	ja	KV	03491 442567	03491 442583	schwalbenhorst@t-online.de
BVDN-Landesverband: SCHLESWIG-HOLSTEIN						
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	KV/ÄK	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband: THÜRINGEN						
Dr. D. Neubert	Arnstadt		KV	03628 602597	03628 582894	dirk@neubert.net
Dr. K. Tinschert	Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband: WESTFALEN						
Dr. M. Bauersachs	Dortmund	ja	KV	0231 142818		info@klemt-bauersachs.de
Rüdiger Saßmannshausen	Bad Berleburg	ja	ÄK/KV	02751 2785	02751 892566	sassmannshausen@bvdn-westfalen.de

Dr. Uwe Bannert

Oldesloerstr. 9, 23795 Bad Segeberg
Tel.: 04551 96966-1, Fax: -9
uwe.bannert@kvsh.de

Dr. Martin Bauersachs

Ostenhellweg 61, 44135 Dortmund
Tel.: 0231 142818
info@klemt-bauersachs.de

Dr. Ute Bavendamm

Oskar-Schlemmer-Str. 15,
22115 Hamburg
Tel.: 040 715-91223, Fax: -7422
dr.bavendamm.strobel@freenet.de

Dr. Gerd Benesch

Bundesallee 95, 12161 Berlin
Tel.: 030 3123783, Fax: -32765024
Dr.G.Benesch@t-online.de

Dr. Ulrike Bennemann

Holzhäuser Str. 75, 04299 Leipzig
Tel.: 0341 52993-88, Fax: -90
ubennemann@psychiatrie-leipzig.de

Ralf Berkenfeld

Hochstr. 22, 47506 Neukirchen-Vluyn
Tel.: 02845 295223, Fax: -32878
berkenfeld@t-online.de

Dr. Rudolf Biedenkapp

Frankfurter Str. 127, 63067 Offenbach
Tel.: 069 8236606-1, Fax: -3
biedenkapp.r@t-online.de

Dr. Oliver Biniassch

Fried.-Ebert-Str. 78, 85055 Ingolstadt
Tel.: 0841 837-72, Fax: -62
psypraxingo@t-online.de

Dipl. Med. Ralf Bodenschatz

Hainische Str. 4 – 6, 09648 Mittweida
Tel.: 03727 941811, Fax: -991013
rbodenschatz@t-online.de

Dr. Jens Bohlken

Klosterstr. 34 – 35, 13581 Berlin
Tel.: 030 332900-00, Fax: -17
dr.j.bohlken@gmx.net

Dr. Volker Bretschneider

Sternplatz 1, 89573 Ehingen
Tel.: 07391 7264-6, Fax: -8
dr.bretschneider@neuro-
logie-psychiatrie-ehingen.de

Prof. Dr. Elmar W. Busch

Wandastr. 22, 45136 Essen
Tel.: 0173 2552541
elmar.busch@t-online.de

Dr. Gunther Carl

Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen
Tel.: 09321 5355, Fax: -8930
carlgt@t-online.de

Dr. Martin Delf

Lindenallee 7, 15366 Berlin
Tel.: 03342 42293-0, Fax: -1
dr.delf@neuroprax.de

Dr. Ulrich Dölle

Leher Heerstr. 18, 28359 Bremen
Tel.: 0157 31087987,
Fax: 0421 2438796,
u.doelle@t-online.de

Dr. Joachim Elbrächter

Schlüterstr. 77, 20146 HH
Tel.: 040 414235-22, Fax: -23
dr.elbraechter@freenet.de

Dr. Günther Endrass

Obersülzer Str. 4, 67269 Grünstadt
Tel.: 06359 9348-0, Fax: -15
g.endrass@gmx.de

Dr. Martin Finger

Landgrafenstr. 28, 60486 Frankfurt

Tel.: 069 7706760-5, Fax: -7
praxis-finger@gmx.de

Dr. Peter Franz

Ingolstädter Str. 166, 80939 München
Tel.: 089 31-17111, Fax: -63364
pkfranz@aol.com

Dr. Matthias Freidel

Brauerstr. 1 – 3, 24568 Kaltenkirchen
Tel.: 04191 8486, Fax: -89027

Prof. Dr. Wolfgang Freund

Waaghausstr. 9 – 11, 88400 Biberach
Tel.: 07351 78-33, Fax: -34
freund-ulm@t-online.de

Dr. Klaus Gehring

Hanseatenplatz 1, 25524 Itzehoe
Tel.: 04821 20-41, Fax: -43
info@neurologie-itzhoe.de

Prof. Dr. Christian Gerloff

Universitätsklinikum Hamburg-
Eppendorf, Martinistr. 52, 20251 HH
Tel.: 040 42803-0, Fax: -6878

Dr. Thomas Gilleßen

Eversbuschstr. 111, 80999 München
Tel.: 089 818017-00, Fax: -01
info@neurologie-gillessen.de

Dr. Heinrich Goossens-Merk

Hohe Weide 17b, 20259 Hamburg
dr.goossens-merkt@neurologie-
hamburg.net

Dr. Holger Grehl

Fahrner Str. 133, 47053 Duisburg
Tel.: 0203 508126-1, Fax: -3
holger.grehl@ejk.de

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah

Appelhorn 12, 27356 Rotenburg
Tel.: 04261 8008, Fax: -8400118
rhagenah@web.de

Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst

Marienstr. 7, 70178 Stuttgart
Tel.: 0711 220774-0, Fax: -1
heinz.herbst@t-online.de

Dr. Katrin Hinkfoth

Ulmenallee 10 – 12
18311 Ribnitz-Damgarten
Tel.: 03821 88980-10, Fax: -11
katrin.hinkfoth@gmx.de

Dr. Guntram Hinz

Harksheider Str. 3, 22399 Hamburg
Tel.: 040 60679-863, Fax: -576
guntram.hinz@yahoo.de

Dr. Thomas Hug

Bergheimer Str. 33, 69115 Heidelberg
Tel.: 06221 166622
hug.hug-pa@t-online.de

Dr. Werner E. Hofmann

Elisenstr. 32, 63739 Aschaffenburg
Tel.: 06021 44986-0, Fax: -244
w.e.hofmann@onlinehome.de

Dr. Birgit Imdahl

Bergstr. 5, 78628 Rottweil
Tel.: 0741 43747
praxis.imdahl@t-online.de

Dr. Caterina Jacobs

Eichenallee 18, 1812 Gelbensande
Tel.: 038201 6089-9, Fax: -7

Dr. Friedhelm Jungmann

Im Wildfang 13a, 66131 Saarbrücken
Tel.: 06893 987502-0, Fax: -9
mail@dr-jungmann.de

Prof. Dr. Reinhard Kiefer

Elise-Averdieck-Str. 17
27356 Rotenburg
Tel.: 04261 7722-19, Fax: -49
kiefer@diako-online.de

Dr. Rupert Knoblich

A.-Schweitzer-Str. 8, 64711 Erbach
Tel.: 06062 9416-0, Fax: -99
r.knoblich@neuro-centrum-
odenwald.de

Dr. Sabine Köhler

Dornburger Str. 17a, 07743 Jena
Tel.: 03641 443359
sab.koehler@web.de

Dr. Monika Körwer

Am Ziegelkamp 1F, 41515 Grevenbroich
Tel.: 02181 60081-50, Fax: -60
Nervenpraxis@t-online.de

Dr. Bernhard Kügelgen

Neversstr. 7 – 11, 56068 Koblenz
Tel.: 0261 30330-0, Fax: -33

Holger Marschner

Zossener Damm 33, 15827 Blankenfelde
Tel.: 03379 37187-8, Fax: -9
bvdn@nervenarztpraxis-marschner.de

Prof. Dr. Harald Masur

Piusallee 143, 48147 Münster

Dr. Norbert Mayer-Amberg

Bödekerstr. 73, 30161 Hannover
Tel.: 0511 667034, Fax: -621574
mamberg@htp-tel.de

Dipl.-Med. Mario Meinig

Barbara-Uthmann-Ring 157
09456 Annaberg-Buchholz
Tel.: 03733 67262-5, Fax: -7
mario.meinig@t-online.de

Dr. Ramon Meißner

Hinter d. Kirche 1b, 19406 Sternberg
Tel.: 03847 53-56, Fax: -85
rc.meissner.praxis@gmx.de

Dr. Uwe Meier

Am Ziegelkamp 1f, 41515 Grevenbroich
Tel.: 02181 70548-11, Fax: -70548-22
umeier@t-online.de

Dr. Norbert Mönter

Tegeler Weg 4, 10589 Berlin
Tel.: 030 3442071, Fax: -84109520
moenter-berlin@t-online.de

Prof. Dr. Gereon Nelles

Werthmannstr. 1, 50935 Köln
Tel.: 0221 7902-161, Fax: -474
gereon.nelles@uni-due.de

Dirk Neubert

Bärwinkelstr. 33, 99310 Arnstadt
Tel.: 03628 602597, Fax: -582894
dirk@neubert.net

PD Dr. Matthias Nitschke

Sandstr. 18 – 22, 23552 Lübeck
Tel.: 0451 71441, Fax: -7060282
nitschke@neuro-im-
zentrum-luebeck.de

Bernhard Otto

Th.-Heuss-Str. 28, 38444 Wolfsburg
Tel.: 05361 772744, Fax: -875763
bernhard.otto@dgn.de

Dipl. med. Delia Peschel

Fröbelstr. 1, 03130 Spremberg
Tel.: 03563 52-213, Fax: -198
delip@web.de

Dr. Walter Raffauf

Dirksenstr. 47, 10178 Berlin
Tel.: 030 283279-4 Fax: -5

Dr. Nikolaus Rauber

Rheinstr. 35, 66113 Saarbrücken
Tel.: 0681 971723-3, Fax: -5
zns.sb-rastpfehl@t-online.de

Dr. Elisabeth Rehkopf

Möserstr. 52 – 54, 49074 Osnabrück

Tel.: 0541 358560
elisabeth.rehkopf@web.de

Dr. Dr. habil. Paul Reuther

Schülzchenstr. 10
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 02641 9804-0, Fax: -4
preuther@rz-online.de

Dr. Richard Rohrer

Kaiserstr. 3, 66386 St. Ingbert
Tel.: 06894 40-51, Fax: -21
rohrer@zns-igb.de

Dr. Wolfgang W. Rossbach

Holzhofstr. 5, 55116, Mainz
Tel.: 06131 22-2377, Fax: -7939
w.rossbach@gmx.de

Dr. Christa Roth-Sackenheim

Breite Str. 63, 56626 Andernach
Tel.: 0160 97796487, Fax: -964096
C@Dr-Roth-Sackenheim.de

Dr. Greif Sander

Bödekerstr. 73, 30161 Hannover
Tel.: 0511 667034, Fax: -621574
dr.sander@posteo.de

Rüdiger Saßmannshausen

Poststr. 30, 57319 Bad Berleburg
Tel.: 02751 2785, Fax: -892566
sassmannshausen@
bvdn-westfalen.de

Dr. Volker Schmiedel

Wiesestr. 5, 07548 Gera
Tel.: 0365 882038-6, Fax: -8
dr.v.schmiedel@telemed.de

Dr. Michael Schwalbe

Annendorfer Str. 15
06886 Lutherstadt-Wittenberg
Tel.: 03491 4425-67, Fax: -83
schwalbenhorst@t-online.de

Dr. David Steffen

Lothringer Str. 1, 66740 Saarlouis
Tel.: 06831 42084, Fax: -124175
mail@praxissteffen.de

Prof. Dr. Martin Südmeyer

Conradstr. 5, 14109 Berlin
Tel.: 0331 2413710-2, Fax: -0

Dr. Roland Urban

Turmstr. 76 a, 10551 Berlin
Tel.: 030 392-2021, Fax: -3052
dr.urban-berlin@t-online.de

Dr. Rita R. Trettin

Hudtwalckerstr. 2 – 8, 22299 HH
Tel.: 040 46-4818, Fax: -1222
praxis@neurologiewinterhude.de

Dr. P. Christian Vogel

Agnesstr. 14/III, 80798 München
Tel.: 089 27-30700, Fax: -817306
praxcvogel@aol.com

Prof. Dr. Claus-Werner Wallesch

Am Tannenwald 1, 79215 Elzach
Tel.: 07682 8018-70, Fax: -66
klaus.wallesch@neuroklinik-
elzach.de

Univ.-Prof. Dr. Heinz Wiendl

Albert-Schwietzer-Campus 1A,
48149 Münster,
Tel.: 0251 83468-10, Fax: -12
heinz.wiendl@ukmuenster.de

Egbert Wienforth

Cecilienstr. 1, 53840 Troisdorf
Tel.: 02241 778-48, Fax: -81
E.Wienforth@gmx.de

Prof. Dr. Markus Weih

Allersberger Str. 89, 90461 Nürnberg
Tel.: 0911 464400, Fax: -4719130
markus.weih@gmx.de

NEUROTRANSMITTER

Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), des Berufsverbandes Deutscher Neurologen e.V. (BDN) und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP) e.V.

Herausgeber: Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), Vorsitzende Dr. med. Sabine Köhler (sk), Dornburger Str. 17a, 07743 Jena, Tel.: 03641 443359, E-Mail: sab.koehler@web.de, und Vorsitzender Dr. med. Klaus Gehring (kg), Hanseatenplatz 1, 25524 Itzehoe, Tel.: 04821 2041, E-Mail: info@neurologie-itzhoe.de

Geschäftsstelle BVDN, BDN, BVDP:
D. Differt-Fritz, Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925, E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

Schriftleiter: Dr. med. Gunther Carl (gc) (v. i. S. d. P.), Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen, Tel.: 09321 5355, Fax: -8930, E-Mail: carlg@t-online.de

Verlag: Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin Betriebsstätte München: Springer Medizin Verlag GmbH, Aschauer Str. 30, 81549 München, Tel.: 089 203043-1300, Fax: -203043-1400, www.springerfachmedien-medizin.de

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse: Die alleinige Gesellschafterin der Springer Medizin Verlag GmbH ist die Springer-Verlag GmbH mit einer Beteiligung von 100%. Die Springer-Verlag GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Nature Three GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Nature Three GmbH ist die Springer Nature Deutschland GmbH, die 100% der Anteile hält. Die Springer Nature Deutschland GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Nature Two GmbH. Die Springer Nature Two GmbH ist eine 100%ige Tochter der Springer Nature One GmbH. Die Springer Nature AG & Co. KGaA (73,116%), die GvH Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH (26,6%) und die Springer Nature One GmbH (0,284%) sind Gesellschafter der Springer Nature One GmbH. An der Springer Nature AG & Co. KGaA hält die Springer Science+Business Media G.P. Acquisition S.C.A., Luxemburg, 47% der Anteile und die GvH Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH 53% der Anteile.

Geschäftsführer: Joachim Krieger, Fabian Kaufmann

Leiter Redaktion Facharztmagazine:
Markus Seidl (es)

Ressortleitung ZNS:
Dr. rer. nat. Gunter Freese (fgr)

Verlagsredaktion: Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung), Tel.: 089 203043-1435, Fax: -203043-31435, E-Mail: gunter.freese@springer.com, Dr. rer. nat. Thomas Riedel (tr, -1327), Thomas Müller, Monika Hartkopf (Chefin vom Dienst, -1409), Doris Gebhardt (Assistenz, -1450)

Herstellung: Ulrike Drechsler (Leitung), Tel.: 06221 4878-662, Edda Führer (Layout)

Corporate Publishing: Ulrike Hafner (Leitung), Tel.: 06221 4878-104, E-Mail: ulrike.hafner@springer.com

Anzeigenleitung: Peter Urban, Tel.: 089 203043-1333,

E-Mail: peter.urban@springer.com
Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 25 vom 1.10.2019.

Vertrieb: Marion Horn (Leitung), Tel.: 06102 506-148, E-Mail: marion.horn@springer.com

Erstellungsort: München

Druck: KLIEMO, Hütte 53, 4700 Eupen/Belgien

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint 11-mal jährlich. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel.: 06221 345-4304, per Fax: 06221 345-4229 sowie auch über das Internet unter www.springermedizin.de/neurotransmitter und jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement gilt zunächst für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn dem Verlag nicht 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

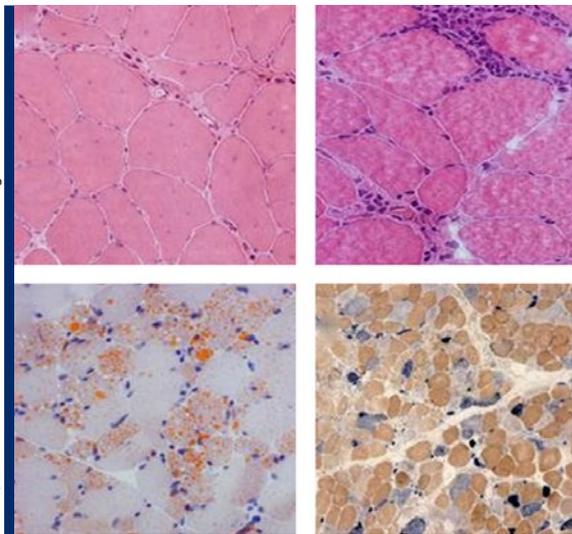
Bezugspreise: Einzelheft 29€, Jahresabonnement 232 € (für Studenten/AIP: 139,20€), jeweils inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten Inland 35 €, Ausland 58 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 65,50€, inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten (s. o.).

Copyright und allgemeine Hinweise: Zur Veröffentlichung kommen nur Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Mit der Einwilligung zur Publikation im „NeuroTransmitter“ überträgt der Autor dem Verlag auch das Recht, den Beitrag geändert oder unverändert in anderen Publikationen der Fachverlagsgruppe, in den zugehörigen Online-Diensten, in Online-Datenbanken Dritter und in Sonderdrucken für Industriekunden zu nutzen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor.

Die Wiedergabe von Gebrauchs-/Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

© Springer Medizin Verlag GmbH

Papierausgabe: ISSN 1436-123X
Elektronische Ausgabe: ISSN 2196-6397
www.springermedizin.de/neurotransmitter



© UKH, Universitätsklinik und Poliklinik für Neurologie

Vorschau

Ausgabe 12/2019

Dezember

erscheint am 13. Dezember 2019

Diagnostik von Myopathien

Hereditäre und erworbene Myopathien sind hinsichtlich klinischer Ausprägung, Pathogenese, Verlauf und Prognose sehr heterogen. Hochdurchsatzverfahren zur genetischen Diagnostik haben dazu geführt, dass neue krankheitsursächliche Genotypen identifiziert wurden und sich das phänotypische Spektrum etablierter Krankheitsentitäten stark erweitert hat.

Absetzen von Antidepressiva

Das Absetzen einer Pharmakotherapie bei Depression kann Absetzphänomene, ein Rezidiv oder ein Rebound auslösen. Da Patienten die Medikation oft ohne das Wissen des Arztes absetzen, sollten Sie die möglichen Effekte und Warnzeichen kennen.

Impfen bei Multipler Sklerose

Die Frage, ob Impfungen den Krankheitsverlauf beeinflussen, treibt viele Patienten um. Lesen Sie ein Update zu den wichtigsten Aspekten in der Praxis.

Hier steht eine Anzeige.

